

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

LAS RELACIONES SOCIO- AFECTIVAS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL QUE HAN PASADO POR UNA SITUACIÓN DE ABUSO O MALTRATO

Trabajo fin de grado

Autoras: Estefanía Modrego Gimeno

Paula Placek Otal

Tutor: Santiago Boira Sarto (Universidad de Zaragoza)

Cotutoras: M^a Pilar Duato Durán (Trabajadora Social de ATADES)

Victoria Ledesma Rivas (Coordinadora de UAVDI)

Zaragoza, 17 de junio de 2016.



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	3
1. FUNDAMENTACIÓN.....	4
1.1. Justificación.....	4
1.2. Contextualización.....	5
1.3. Marco teórico	8
1.3.1. Discapacidad Intelectual y maltrato	8
1.3.2. Importancia de las relaciones socio-afectivas para personas con DI.....	16
1.3.3. Intervención con el colectivo y papel del Trabajador Social	18
2. OBJETIVO	23
2.1. Objetivo general y objetivos específicos.....	23
2.2. Hipótesis.....	23
2.3. Diseño, población y muestra	23
3. METODOLOGÍA.....	29
3.1. Técnicas.....	29
3.2. Tipo de investigación	31
3.3. Dificultades encontradas	32
4. PRESENTACIÓN DE DATOS.....	33
4.1. Análisis e interpretación.....	33
4.1.1. La percepción de los sentimientos	33
4.1.2. Reconocimiento de las capacidades personales	36
4.1.3. Las relaciones interpersonales	37
4.1.4. Ocio y tiempo libre.....	39
4.1.5. Reacciones en las relaciones interpersonales	40
4.1.6. Visión de la afectividad.....	44
4.2. Resultados	44

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.....	49
6. BIBLIOGRAFÍA	51
7. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	55
7.1. Índice de gráficos	55
7.2. Índice de tablas.....	55
8. ANEXOS	56
8.1. Anexo I. Modelo de consentimiento para la realización de las entrevistas.....	56
8.2. Anexo II. Modelo de registro de incidencias	58
8.3. Anexo III. Modelo de registro de cuidadores.....	59
8.4. Anexo IV. Modelo de ficha de derivación	72
8.5. Anexo V. Modelo de consentimiento.....	74
8.6. Anexo VI. Esquema del protocolo interno de Atades ante una sospecha de abuso	76
8.7. Anexo VII. Entrevista a una persona con DI.....	77
8.8. Anexo VIII. Entrevista a una persona con DI víctima de maltrato	81
8.9. Anexo IX. Entrevista a una persona sin discapacidad.....	85

AGRADECIMIENTOS

*A Santiago Boira Sarto, por sus consejos y sugerencias,
así como por el interés mostrado como tutor de este estudio.*

*A M^a Pilar Duato Durán, por su cariño y su entrega incondicional
para que este trabajo haya salido adelante, así como por su
compromiso, apoyo constante, implicación y dedicación.*

*A Victoria Ledesma Rivas, por su esfuerzo en conseguir que podamos
cumplir nuestros objetivos de trabajo y por su seguimiento realizado.*

*A “nuestros chicos”, que siempre aportan la mejor de las sonrisas
y siempre tienen algo nuevo que enseñarnos.*

Por ser nuestra principal fuente de motivación.

*Y finalmente a Atades, por brindarnos la oportunidad
de llevar a cabo esta investigación.*

A todos, MUCHAS GRACIAS.

1. FUNDAMENTACIÓN

1.1. Justificación

Como bien señala el título de este Trabajo de Fin de Grado, la temática tratada se centra en el maltrato a la persona con Discapacidad Intelectual y cómo este hecho puede afectar en sus relaciones socio-afectivas.

En primer lugar, nos gustaría hablar de las razones por las cuales hemos elegido esta temática de investigación para nuestro trabajo. En el transcurso de la carrera de Trabajo Social, ambas autoras hemos sentido un gran interés por el tema de la Discapacidad Intelectual. Además, tuvimos la suerte de realizar nuestras prácticas con una asociación tan relevante actualmente en Aragón como es ATADES (Asociación Tutelar Asistencial de Discapacitados Intelectuales). Nuestra experiencia fue sumamente enriquecedora, tanto personal como profesionalmente, y creíamos conveniente adentrarnos más todavía en este ámbito y continuar en los pasos que habíamos comenzado.

Nuestro principal objetivo es tratar un tema actual y controvertido, aunque poco indagado hasta el momento. Por otro lado, nuestro escenario para realizar la investigación es evidentemente ATADES.

Por ello, elegimos el tema del maltrato a personas con Discapacidad Intelectual, puesto que hasta el momento ha pasado desapercibido para la sociedad y ha tenido el mínimo apoyo, así como los recursos para trabajar en ello han sido insuficientes. En la actualidad, la sociedad no es suficientemente consciente de la magnitud de esta problemática, mostrando incluso indiferencia y una escasa sensibilización con este colectivo de personas, generalmente invisible a los ojos de la humanidad. Dicho colectivo, presenta un grado de vulnerabilidad mayor al resto, dada su condición de limitación de la capacidad. Debido a esto, presentan un mayor riesgo de ser víctimas de sufrir algún abuso, pues en la mayoría de ocasiones no son capaces de reconocer que tienen este problema y se muestran débiles, manifestando dificultades para expresar sus vivencias y una menor capacidad para defenderse tanto física como verbalmente. Además, es importante señalar la gran cantidad de prejuicios que la sociedad tiene hacia ellos, como puede ser su falta de credibilidad.

Con todo esto, creemos que es muy importante conocer cómo el maltrato de cualquier tipo (físico, psíquico, económico, sexual...) puede afectar a las relaciones socio-afectivas de dichas personas, acarreando un cambio en su comportamiento.

Recientemente, se creó una Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual (UAVDI), la cual está en pleno desarrollo y trabaja de la mano de ATADES para tratar estas situaciones de abuso. Debido a esto, hemos decidido comenzar nuestra investigación enlazadas a esta unidad, puesto que era la puerta al conocimiento de la situación y de los casos existentes.

Dicho esto, nuestra principal motivación con este trabajo es analizar casos reales de personas con Discapacidad Intelectual que han sufrido algún maltrato en un momento puntual o de manera continuada en el tiempo, para comparar las posibles consecuencias que este hecho puede conllevarles y los cambios sociales y afectivos que se hayan producido. Para ello, hacemos un repaso por la teoría relevante al tema, a la vez que analizamos los puntos de vista de los distintos autores que han hablado tanto de este colectivo como de la problemática en cuestión. Además, hemos escogido una muestra significativa compuesta por personas sin discapacidad, personas con alguna discapacidad intelectual y personas con discapacidad intelectual que han pasado por algún tipo de abuso, a partir de la cual se ha hecho una comparativa para sacar conclusiones respecto a las relaciones socio-afectivas de cada grupo.

Queremos además promover con ello la sensibilización de la sociedad respecto a esta temática tan escondida, para que en un futuro no muy lejano existan más acciones de prevención y apoyo a este colectivo. Creemos por ello que la principal tarea desde Trabajo Social es investigar la situación a fondo y darla a conocer, observando las posibles causas y consecuencias, para más tarde poder elaborar proyectos que trabajen con estas personas o colaborar con otros que ya están funcionando, como es el caso de la UAVDI.

Por último, añadimos a este apartado nuestro interés por proponer mejoras a partir del análisis de las entrevistas para la situación de las personas con Discapacidad Intelectual, hayan pasado o no por una situación no deseable, en referencia a su manera de comportarse, de entender las situaciones y saber comunicar sus sentimientos, de reaccionar y de mostrar y recibir afecto del resto de la sociedad. Nos gustaría de esta manera que se incluyeran nuestras propuestas en una posible intervención con personas con necesidades socio-afectivas, de manera que mejorasen y la calidad de vida de éstas aumentara considerablemente.

1.2. Contextualización

En cuanto al tema de la contextualización, vamos a situar nuestra investigación en ATADES, puesto que ambas hemos trabajado con la asociación en nuestras prácticas externas de la Universidad y hemos tenido la oportunidad de conocer cómo funciona.

“ATADES, Asociación Tutelar Asistencial de Discapacitados Intelectuales, es una entidad de carácter privado, orientada como fin primordial y genérico a la asistencia y tutela de los discapacitados intelectuales durante todo su ciclo vital. Sin ánimo de lucro, su ámbito de actuación comprende la Comunidad Autónoma de Aragón.” (ATADES, 2016)

Desde ATADES, la integración es concebida como una cuestión de justicia social, apelando el derecho de ser sujetos activos en todos los ámbitos de la vida diaria.

Asimismo, ofrece un variado abanico de servicios, tanto desde una visión técnica, como asesoría jurídica, psicológica y social, a una visión más lúdica, con actividades de ocio y tiempo libre.

Siguiendo su trayectoria, esta entidad se inspira en las dos premisas fundamentales de que las personas con discapacidad intelectual tienen su sitio en la sociedad y pueden vivir en plenitud si entre todos somos capaces de garantizarles apoyos eficaces.

La misión que tiene ATADES es el apoyo e integración de éstas personas a lo largo de su vida en los distintos aspectos vitales, ya sean éstos educativos o sociales.

Iniciando sus primeros pasos desde una filosofía asistencial, la entidad, persigue la integración plena de estas personas, asentada en el derecho a la diferencia, la autodeterminación, la accesibilidad, la calidad de vida, la no discriminación y la igualdad de oportunidades.

De esta manera, y atendiendo a las líneas anteriormente escritas, los valores de ATADES, responden con una mirada social de la discapacidad intelectual, de acuerdo a la clasificación implantada por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

- 1. Integración*
- 2. Transparencia*
- 3. Comportamiento ético*
- 4. Calidad*
- 5. Eficiencia*
- 6. Trabajo en equipo*
- 7. Voluntariado*
- 8. Compromiso social e institucional*
- 9. Compromiso con el aprendizaje*

“Persigue la integración plena, la transparencia en la gestión y el comportamiento ético, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios, el trabajo en equipo y la calidad de los servicios, el compromiso con el aprendizaje, con el voluntariado y con nuestro entorno social e institucional.” (ATADES, 2016)

En concreto, contextualizamos nuestro trabajo en la Ciudad Residencial Sonsoles (ATADES), ya que el 80% de los casos con Discapacidad Intelectual que han sufrido maltrato se encuentran en dicho centro.

Situada a las afueras de Alagón (Zaragoza), La Ciudad Residencial Sonsoles, es construida en 1975 y debido a su gran extensión, nada más y nada menos que 39 hectáreas, es concebida como una ciudad independiente, ofreciendo diferentes residencias adaptadas al grado de discapacidad y necesidad de atención de éstas personas, fomentando su nivel de autonomía e integración social. (ATADES, 2014)

Además, según la Orden de 16 de abril de 2015, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familias, encargada de la adjudicación de plazas concertadas de los servicios públicos de Aragón, serán beneficiarios los siguientes (BOA, 2015):

- *Personas en situación de dependencia*
- *Personas con discapacidad, tanto dependientes como no dependientes, cuyo recurso idóneo sea un centro para personas con discapacidad*
- *Mujeres mayores y mujeres con discapacidad víctimas de violencia*
- *Personas en situación de riesgo de exclusión social*
- *Personas bajo la acción protectora de la comisión de tutelas y defensa judicial de adultos.*

Una vez situado el lugar físico en el que realizaremos nuestro estudio, es necesario para nosotras contar con la colaboración de la UAVDI Aragón (Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual).

Los inicios de la Unidad de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce (Madrid), se hayan en la capital española en el año 2010, gracias a un acuerdo de colaboración con la Guardia Civil y la Fundación MAPFRE ante la necesidad de crear un recurso especializado que dé solución a la situación de extrema vulnerabilidad, al sufrir cualquier tipo de abuso y al volver a ser víctima, tras el testimonio de la persona con discapacidad intelectual, por las problemas del sistema policial y judicial de desdoblamiento los apoyos requeridos a las mismas. (UAVDI Aragón, 2015)

En colaboración con la UAVDI, como se ha dicho anteriormente actúan la Guardia Civil y el equipo de psicólogos de la Sección de Análisis del Comportamiento Delictivo, y su trabajo se desarrolla a partir de la intervención con la víctima y su familia/ profesionales; la investigación, encaminada a la adaptación de las herramientas, procedimientos e instrumentos necesarios para dar apoyo a la víctima y su entorno; y por último, la concienciación, con la finalidad de dar formación y sensibilizar tanto a los profesionales como a la sociedad en general, sobre este hecho y sus consecuencias.

Las vías de recepción de los casos son a través de la Guardia Civil, cuando se requiere la intervención de los psicólogos para la adaptación de los procedimientos policiales a las necesidades de la víctima, o bien por la Fundación Carmen Pardo-Valcarce cuando el caso no se ha denunciado pero se requiere de una intervención especializada para ofrecer apoyo a la víctima, sus familiares o profesionales. (NOMASABUSO, Qué es la UAVDI, 2016)

Dada la necesidad de actuar en red y estar en coordinación con las diferentes entidades y por supuesto, dar apoyo y acompañamiento a las situaciones de desprotección de las víctimas, ATADES impulsa la UAVDI Aragón, en el año 2014, contando con el apoyo de un equipo de profesionales especializados en este ámbito, así como de diferentes instituciones de la Comunidad de Aragón.

Señalar como fuerte condicionante de cambio que, gracias al nacimiento y evolución de la UAVDI, el número de denuncias por abuso a personas con discapacidad intelectual ha aumentado considerablemente y en este proceso, cabe destacar la labor del facilitador, figura clave en el proceso judicial para aportar pruebas suficientes que ayuden a corroborar la credibilidad al testimonio de la víctima y así, evitar que los profesionales que no estén capacitados para tratar esta problemática hagan preguntas delicadas e inoportunas a la víctima que les haga sentirse incómodas, mostrando sentimientos contrapuestos ante el miedo a contar su verdad o les haga guiarse por el fenómeno de la deseabilidad social. Además, esta figura ofrece a la víctima su acompañamiento durante todo el proceso y ayuda a la víctima a superar sus limitaciones y dar respuesta a sus problemas a través de apoyos. (Ruiz, 2016)

1.3. Marco teórico

1.3.1. Discapacidad Intelectual y maltrato

Una vez contextualizado nuestro estudio, será necesario adentrarnos en tres conceptos clave que darán vida a nuestro análisis: Discapacidad Intelectual, maltrato y relaciones socio-afectivas. Gracias a ellos, daremos forma a nuestro marco teórico, imprescindible a la hora de realizar un

trabajo de investigación de estas características que ponga en situación al lector de la problemática tratada.

En primer lugar, queremos señalar qué es la discapacidad para después centrarnos en la Discapacidad Intelectual y en la situación personal y social de la persona con DI.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) *“la discapacidad es un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud y factores personales y ambientales.”* (OMS & Banco Mundial, 2011)

Alrededor de la terminología con la que denominamos a las personas con discapacidad se ha producido muchos cambios a lo largo del tiempo. En el pasado, el proceso de discapacidad era visto como una desgracia o un castigo divino y la persona era ingresada en una institución o se le mantenía alejada de la sociedad. A finales de los años 50 Bank Mikkelsen, director de los Servicios Sociales destinados a los deficientes mentales en Dinamarca, plantea el principio de normalización con el que los deficientes mentales puedan llevar una existencia lo más normal posible. Más tarde, en 1978 se promulga la Constitución Española y se inicia el camino de los derechos humanos en la atención de las necesidades de estas personas. En el artículo 9.2 reconoce la igualdad para todos los españoles: *“Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social”*. Por otro lado, la Carta Magna también trata el tema en el artículo 49 expresando que: *“Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a los ciudadanos”*.

Gracias a estos avances, se configura el principio de integración como *“la necesidad de adaptación del entorno al sujeto”*. La publicación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) en 1982 especifica las bases de la integración para estas personas en España.

Posteriormente, el Consejo de Ministros aprueba el II Plan de Acción para las personas con discapacidad (2003-2007), el cual establece las pautas a seguir para lograr la integración plena de las personas con discapacidad. En 2006, se aprueba también la Ley de Promoción de la Autonomía

Personas y de Atención a las Personas en Situación de Dependencia y a sus Familias, consolidando así los derechos de este colectivo. (Verdugo Alonso, Discapacidad y Discapacidad Intelectual: ¿De qué estamos hablando?, 2003)

Por otro lado, marcando por completo la historia de la discapacidad por ser el primer instrumento universal que aborde el tema de manera específica, el 13 de diciembre de 2006 es adoptada la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual no entra en vigor hasta el 3 de mayo de 2008.

El propósito de la Convención, según señala el Artículo 1, es *“promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”*.

Uno de los objetivos fundamentales ha sido adaptar los Tratados de derechos humanos existentes al contexto específico de la discapacidad, garantizando así el ejercicio de dichos derechos sin discriminación y en igualdad de oportunidades. La fórmula adoptada por la Convención aborda la protección contra la discriminación ya nombrada y da herramientas para que el ejercicio de los derechos no se quede solo sobre el papel y sea aplicable.

De esta manera, el Tratado aborda derechos sustantivos (a la educación, a la salud, al empleo...) que deben ser trabajados con herramientas del derecho antidiscriminatorio, para así asegurar la igualdad de oportunidades en su ejercicio. Además, quedan reflejadas en él las necesidades que deben garantizarse para poder adaptar dichos derechos al contexto de la discapacidad. Por ello, se habla de una Convención comprensiva. (Bariffi, 2014)

Para finalizar con la legislación relativa a la discapacidad, el 3 de diciembre de 2013 se aprueba en el Boletín Oficial del Estado el Real Decreto Legislativo 1/2013 por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social en Consejo de Ministros.

Este texto unifica toda la normativa anterior existente en la materia y establece una línea de actuación por parte de las políticas y administraciones en cuanto a discapacidad. Dicha adaptación se veía ya necesaria desde la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad de las Naciones Unidas.

Por ello, la nombrada unificación hace que este Real Decreto derogue la LISMI (Ley 13/1982 de 7 de abril de integración social de las personas con discapacidad), la LIONDAU (Ley 51/2003 de 2 de

diciembre de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad) y la Ley 49/2007 de 26 de diciembre por la que se establece el régimen de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad. (ADISLI, 2013)

Por otro lado, centrándonos ya en la Discapacidad Intelectual, la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD) anteriormente denominada Asociación sobre Retraso Mental (AAMR), define ésta como: *“una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa, que abarca muchas habilidades sociales y prácticas cotidianas.”*

Como se explica desde esta asociación (AAIDD, Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo, 2011), *“las cinco premisas siguientes son fundamentales para la aplicación de la definición de discapacidad intelectual:*

- 1. Las limitaciones en el funcionamiento presente se deben considerar en el contexto de ambientes comunitarios típicos de los iguales en edad y cultura.*
- 2. Una evaluación válida tiene en cuenta la diversidad cultural y lingüística, así como las diferencias en comunicación y en aspectos sensoriales, motores y conductuales.*
- 3. En una persona, las limitaciones coexisten habitualmente con capacidades.*
- 4. Un propósito importante de la descripción de limitaciones es el desarrollo de un perfil de necesidades de apoyo.*
- 5. Si se mantienen apoyos personalizados apropiados durante un largo periodo, el funcionamiento en la vida de la persona con DI generalmente mejorará.”*

El Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre y su posterior modificación con el Real Decreto 1169/2003 de 12 de septiembre establecen los criterios técnicos a aplicar para la valoración del grado de discapacidad. Para la obtención de este porcentaje, se suma el obtenido en la valoración de “Limitaciones en la actividad” derivadas de deficiencias y, si este alcanza el 25%, el baremo de “Factores sociales complementarios”, los cuales limitan la participación en la sociedad. (IMSERSO, 2015).

El principal propósito de todos los sistemas de clasificación es proporcionar un esquema que categorice distintas observaciones. En la actualidad, se utilizan estos sistemas con cuatro finalidades: financiación, investigación, servicios/apoyos y comunicación sobre las características de las personas y sus ambientes. (Verdugo Alonso & Schalock, 2010)

En mayo de 2013 se publicó la DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quinta edición), el cual supone cambios respecto a las anteriores versiones.

Uno de los principales cambios es la remoción del sistema multiaxial, ya que pone en el mismo nivel los anteriores ejes I, II y III (trastornos psiquiátricos, trastornos de personalidad y otras condiciones médicas) y agrega anotaciones que consignan los factores psicosociales y el nivel de funcionamiento (ejes IV y V). El principal objetivo es acercar esta clasificación psiquiátrica al resto de la medicina y poner en igualdad de condiciones a los trastornos de personalidad.

Por otra parte, el orden de los capítulos se ha re-estructurado y ha reunido a los trastornos más similares y relacionados entre sí. Estos cambios, buscan además alinear el DSM-5 con la futura ICD 11 (International Classification of Diseases, undécima edición), así como fomentar la investigación en el diagnóstico para encontrar causas comunes en los trastornos y desarrollar nuevos tratamientos. Además, el orden de los capítulos sigue la secuencia de las etapas de la vida y su desarrollo (infancia, adolescencia, adultez y edad avanzada).

Los grupos de trastornos del DSM-5 que a nuestro parecer pueden relacionarse con nuestra temática de estudio, debido a las consecuencias que pueda arrastrar el maltrato, son los siguientes (Hernán Silva, 2014):

1. *Trastorno bipolar y trastornos relacionados.*
2. *Trastornos depresivos.*
3. *Trastornos de ansiedad.*
4. *Trauma y otros trastornos relacionados con factores de estrés.*
5. *Trastornos disociativos.*
6. *Trastornos de la alimentación.*
7. *Trastornos del sueño-vigilia.*
8. *Trastornos del control de impulsos y conductas disruptivas.*
9. *Trastornos neurocognitivos.*
10. *Trastornos de personalidad.*

En segundo lugar, hablaremos del maltrato como principal condicionante de nuestro estudio.

Según el Centro Internacional de Infancia de París: *“El maltrato es cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo”*. (Lucerga Revuelta, 2014)

En las primeras Jornadas sobre Maltrato a personas con Discapacidad Intelectual se abordaron diferentes temáticas. A continuación se señalan las ideas principales señaladas por Lucerga Revuelta (2014). El maltrato a personas con Discapacidad Intelectual ha sido un hecho desgraciadamente tan frecuente como silenciado (Sánchez Rubio, 2014). Hoy en día, hay una percepción de este abuso mucho más presente y se está tomando conciencia de ello. No hay una definición del concepto de maltrato universalmente aceptada, ya que es algo más amplio que la violencia en sí. Maeztu añade además cinco actuaciones que deberían ser emprendidas en contra del maltrato, como son: visibilizar esta realidad, realizar estudios que clarifiquen estas situaciones, elaborar estadísticas oficiales, procurar servicios de rehabilitación para víctimas y garantizar los recursos mínimos necesarios (Maeztu Gregorio, 2014). Los datos de maltrato se incrementan en personas con discapacidad intelectual debido a su invisibilidad acusada y su vulnerabilidad más elevada. Además, el problema de protegerse a sí mismos y a sus intereses en una situación familiar destructiva es más complicado en estas personas y hace casi imposible salir del círculo de violencia por sí mismas (Carmona Vergara, 2014). El riesgo de una persona con estas limitaciones a ser víctima de abuso sexual es hasta diez veces mayor que el de una persona sin discapacidad (Tremiño, 2014).

Además, en dichas Jornadas, como apunta Lucerga Revuelta, varios de los ponentes señalan que la situación de estos individuos en los procesos judiciales es todavía un delito silenciado, puesto que en muchas ocasiones este maltrato es producido por el propio cuidador y, añadiendo más dificultad, la legislación no reconoce a las personas con discapacidad intelectual como testigos capacitados debido en gran parte a estereotipos que desvalorizan su testimonio, por lo que se produce en muchas ocasiones la impunidad del delito. La situación se agrava todavía más cuando por miedo o desconcierto la persona afectada no quiere declarar y es necesario trabajar con ella. (Lucerga Revuelta, 2014)

Pero no solo nos compete el concepto de maltrato, puesto que vemos imprescindible hablar también del abuso y completar así el gran determinante de la investigación y centrarlo en ella.

Según la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad se denomina abuso a *“cualquier intromisión indeseada, provocada intencionalmente, que viola la integridad personal, emocional, financiera, física o sexual de la persona, así como los derechos humanos y civiles de un individuo.”* El abuso puede aparecer en todo tipo de relaciones y provoca daños muy significativos. Este hecho puede ser aislado o continuado en el tiempo; puede tratarse de determinadas conductas psicológicas,

físicas o verbales; puede producirse por actuación u omisión; o puede tratarse de una persuasión hacia una persona vulnerable.

Los términos de abuso o maltrato responden a una multitud de situaciones, por lo que nos encontramos con diferentes tipos:

- *El abuso o maltrato físico, que incluye golpes, puñetazos, quemaduras, patadas, pellizcos, mal uso de medicamentos, aislamiento o sanciones físicas inapropiadas.*
- *El abuso o maltrato psicológico, que incluye la discriminación, el abuso emocional, las amenazas de daño o abandono, la privación de contacto, la humillación, la intimidación, la coacción, el abuso verbal o la privación de redes de apoyo de manera continuada.*
- *El abuso o violencia sexual que incluye las violaciones, actos sexuales o exposición a material pornográfico sin consentimiento o sin capacidad de consentir por parte de la víctima.*
- *El abuso material o financiero que incluye el robo, el fraude, la explotación laboral, las presiones en la gestión del patrimonio o la apropiación indebida de los bienes de la víctima.*
- *La negligencia o actos de omisión que incluyen la negación de las necesidades de cuidados físicos, negación del acceso a los servicios sanitarios, sociales o educativos y la privación de las necesidades básicas de alimentación, sueño o medicación.*

En cualquiera de los casos, este hecho constituye una infracción penal y estas personas tienen derecho a ser protegidas por la ley. (NOMASABUSO, Abuso y Discapacidad Intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación, 2013)

Esto queda reflejado en el Artículo 7 del Real Decreto Legislativo 1/2013 del que ya hemos hablado, el cual expresa en dos de sus puntos (BOE, 2013):

- *Las administraciones públicas protegerán de forma especialmente intensa los derechos de las personas con discapacidad en materia de igualdad entre mujeres y hombres, salud, empleo, protección social, educación, tutela judicial efectiva, movilidad, comunicación, información y acceso a la cultura, al deporte, al ocio así como de participación en los asuntos públicos, en los términos previstos en este Título y demás normativa que sea de aplicación.*
- *Asimismo, las administraciones públicas protegerán de manera singularmente intensa a aquellas personas o grupo de personas especialmente vulnerables a la discriminación múltiple como las niñas, niños y mujeres con discapacidad, mayores con discapacidad,*

mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género, personas con pluridiscapacidad u otras personas con discapacidad integrantes de minorías.

Sirve de gran ayuda conocer el manual sobre la persona con Discapacidad Intelectual en el proceso penal. Aquí se explica el procedimiento a seguir y el perfil de las personas con discapacidad que han sido condenadas por cometer algún delito, asunto opuesto al que tratamos en este estudio. En cuanto al perfil, prevalece el género masculino entre los acusados, así como el bajo nivel socio-económico, el porcentaje bajo de discapacidad y la pertenencia a familias desestructuradas. Se habla también de la persona con discapacidad intelectual como víctima o testigo de un delito, el cual podría ser un maltrato, hecho que sí nos interesa. Tanto si la persona en cuestión ha presenciado los hechos como si ha sido víctima de éstos, el apoyo constante durante el proceso y las buenas prácticas orientadas a facilitar la comunicación son aspectos importantes de los que hablaremos más adelante. Este acompañamiento tiene como gran objetivo intentar reforzar la autoestima de la persona y evitar que este procedimiento le afecte de manera negativa en su vida personal o social. (Recover & De Araoz, 2014)

Por otro lado, nos parece interesante resaltar que la mayoría de estudios que hemos encontrado sobre la temática del maltrato o abuso a personas con Discapacidad Intelectual se centren en la mujer o en la infancia, dado que son los colectivos más vulnerables. En cuanto a las mujeres que han sido víctimas de algún abuso, presentan un perfil muy homogéneo. Tienden a ser personas con baja autoestima que adquieren un rol pasivo y de sumisión, con una entrega altruista y sentimientos de desvalorización. También cabe destacar que la mujer maltratada se disculpa de las actitudes violentas que recibe, culpabilizándose al mismo tiempo de todo lo que sucede. (De Pablo Hernández, 2005) El mayor grado de dependencia y el miedo a denunciar la situación, así como la falta de recursos y de información ante estas situaciones, han hecho que Fundown y Fadis pongan en marcha el Manual de prevención y detección del maltrato para mujeres con discapacidad psíquica. El objetivo principal de éste es informar sobre las circunstancias, factores o actitudes que alertan sobre una situación de maltrato, así como de posibles recursos. (Rodríguez & Frutos, 2005) Respecto a los menores que han pasado por una situación de abuso, a diferencia de la escasez de revisión bibliográfica en relación al maltrato dirigido a la persona adulta con discapacidad, en la infancia sí encontramos numerosos artículos que inciden en la alta prevalencia que existe de que este grupo de edad sea víctima de estas situaciones. En este contexto, los factores de riesgo que propician esta situación hacen referencia a las características personales, familiares y sociales de los menores que han sufrido maltrato, así como a la dificultad de detectar estas situaciones, debido a su poca credibilidad. Las respuestas a esto último, se centran en el reconocimiento de esta mayor

vulnerabilidad y sus causas, siendo el primer paso para prevenir y detectar estas situaciones. (Berastegui Pedro-Viejo & Gómez-Bengoechea, 2006)

Por último, añadimos una reseña sobre el abuso sexual, puesto que es el más frecuente dentro de los abusos a personas con discapacidad intelectual y, a pesar de ello, casi desconocido. Las pocas investigaciones existentes muestran los graves trastornos que trae consigo el abuso (Bailey, 1998), incluyendo los daños en la salud mental de estas personas (Ammerman, Hersen, Van Hasselt, Lubetsky, & Sieck, 1994). Las reacciones más frecuentes son: *ansiedad, culpa, agresividad, delincuencia, problemas de adaptación social, disminución de la autoestima y conductas repetidas de imitación del ataque sexual*. También son escasos los programas que proporcionen información y orientación a los profesionales ante un caso de abuso (Bailey, 1998), por lo que hay que fijar unos objetivos básicos para aumentar la calidad de vida y el afrontamiento ante situaciones de abuso de las personas con discapacidad intelectual. (Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado, 2001)

1.3.2. Importancia de las relaciones socio-afectivas para personas con DI

Para abordar la complejidad de esta temática dentro de las personas con discapacidad intelectual, creemos conveniente delimitar los siguientes términos:

- Relaciones sociales, como *“tejido de personas con las que se comunica un individuo, características de los lazos que se establecen y tipo de interacciones que se producen”*. (Otero Puime, Zunzunegui Pastor, Béland, Rodríguez Laso, & García de Yébenes y Prous, 2006)
- Habilidades sociales son *“un conjunto de capacidades que permiten el desarrollo de un repertorio de acciones y conductas que hacen que las personas se desenvuelvan eficazmente en lo social”*. (Pérez Urquía, 2014)
- Afectividad, según Egen Blener, es *“aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones”*. (Contreras Jara, 2008)
- Sexualidad, para la Organización Mundial de la Salud (OMS), es *“un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales”*. (Conafe, 2012)

Tanto las relaciones afectivas como las sexuales son imprescindibles en la vida de cualquier persona. Todos nacemos con la necesidad de contacto corporal placentero, de tocar y ser tocados, de

acariciar y ser acariciados, como explica el catedrático de sexualidad Félix López y recoge así M^a Isabel Campo en *“Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con Discapacidad Intelectual”* (2013). Las teorías del apego demuestran que los padres enseñan sentimientos a sus hijos en el momento en que los abrazan y sostienen, ya que estos primeros contactos muestran una intimidad sana.

La sexualidad se aprende a lo largo de todas las etapas de la vida, y con ella no solo nos referimos a genitalidad y coito, sino a afectividad, apego y desarrollo sexual, necesarios para el desarrollo de toda persona. Queremos llegar a ser personas con una sexualidad sana, con un buen desarrollo afectivo, con una buena autoestima y con habilidades sociales, para así mantener nuestras relaciones interpersonales, así como la integración en la sociedad. (Campo, 2013)

Las personas con discapacidad tienen estas mismas necesidades ya nombradas, aunque si es verdad que pueden encontrarse con limitaciones personales o sociales. Como bien apuntó un importante educador, frente al tema de sexualidad, las personas con alguna discapacidad se acercan más a un comportamiento adolescente puesto que esa limitación de la capacidad puede desvanecer sus necesidades sexuales y afectivas. Con frecuencia, la necesidad menos cubierta por la sociedad para las personas con discapacidad es la de la intimidad afectiva y sexual, ya que existe ignorancia y rechazo. (López Sánchez, 2011)

En el pasado, la sexualidad se entendía como procreación en el matrimonio, y puesto que no se consideraba que las personas con discapacidad se casasen o tuviesen hijos, ésta era inexistente y se intentaba reprimir sus necesidades porque se pensaba que conllevaban riesgos. Se creía firmemente que sus capacidades mentales, sus características emocionales y sus comportamientos condicionaban sus vivencias sexuales. Las condiciones de socialización y las oportunidades de relacionarse de este colectivo eran escasas, por lo que solían limitarse a la familia o a centros especiales en los que estuvieran controlados. A esto, había que añadir la resistencia de la familia y de la sociedad a que estas personas formaran parejas, por lo que les terminaban considerando no sexuales, como apuntó Shuttleworth. Las propias limitaciones de la discapacidad junto a la protección del entorno familiar, la necesidad de intimidad sexual y la carencia de situaciones en las que estas personas se relacionaran con otras, hacían imposible las interacciones.

Se ha comprobado que el contacto afectivo en los primeros años de vida ayuda al desarrollo de la intimidad, a pesar de que antiguamente no existía el mismo respeto con los niños con discapacidad intelectual. Aun así, estos límites variaban en función del contexto y la cultura, así como de las circunstancias de enseñanza. (Campo, 2013)

Ya en la actualidad, la felicidad de estas personas y sus correctas relaciones interpersonales se expresan con el concepto de “calidad de vida”, necesitando éstas los mismos requisitos afectivos que las personas sin ninguna discapacidad. De esta manera, el deseo de amor es similar y tenerlo es posible gracias a las habilidades necesarias. Pero en ocasiones, las conductas de las personas con discapacidad intelectual pueden ser inadecuadas. (Gutiérrez Bermejo, 2010)

La persona con discapacidad es la que tiene la labor de mostrar interés por su afectividad y sexualidad, de manera que no se suplante su voluntad. Pero esto no siempre es fácil, ya que a veces existen dificultades para interpretar esos intereses, ya sea por limitaciones en la comunicación, conductas complicadas de interpretar, pasividad, etc.

Uno de los principales objetivos actuales para el desarrollo de estas personas sexual y afectivamente es precisamente la protección contra abusos y acosos. Aunque los datos no sean del todo precisos, se cree que el colectivo de la discapacidad intelectual tiene notablemente más riesgos de sufrir algún tipo de abuso o coerción, tema que nos concierne. (López Sánchez, 2011)

Uno de los principales motivos de esto último es la falta de formación y recursos para estas personas en situaciones delicadas, gracias a los cuales poder reconocer los abusos y saber manifestarlos. Esto se produciría gracias al desarrollo de las habilidades y capacidades necesarias, así como de la autodeterminación y autoprotección, que hicieran posible el enfrentamiento a la realidad vivida. (Dirección General de Personas con Discapacidad, 2012)

1.3.3. Intervención con el colectivo y papel del Trabajador Social

El trabajo social, según el Código Deontológico, *“es la disciplina científico-profesional que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación de las personas para incrementar el bienestar de éstas”*.

Valores como la dignidad humana, la libertad y la igualdad, son propios de esta disciplina y en éstos deben fundarse la actuación profesional, garantizando la igualdad de oportunidades, el acceso a recursos y el apoyo para cubrir las necesidades de las personas que lo demanden, haciendo especial insistencia en la intervención con los colectivos de personas de mayor vulnerabilidad, en este caso, las personas con discapacidad intelectual. (Consejo General de Trabajo Social, 2012)

Siguiendo la línea de intervención social, ya hemos mencionado la Convención de la ONU sobre los Derechos de las personas con Discapacidad Intelectual como instrumento de cambio en cuanto a la visión que tiene la sociedad hacia este colectivo y, en esta labor, deben intervenir los trabajadores

sociales como motores de cambio orientando a las instituciones sociales, centros y servicios sociales en su actuación.

Además, en su tarea también se haya la concienciación y sensibilización a la sociedad de este colectivo, asegurando su integración en la sociedad y su disfrute del derecho inherente a la vida, sin ser juzgados por su condición ni guiándose por los prejuicios que la sociedad impone hacia estas personas. El papel del trabajador social es constituir una sociedad de iguales, donde las leyes y las políticas no excluyan a estas personas, donde la palabra inclusión sea la protagonista, donde se actúe desde la perspectiva de los derechos humanos y la dignidad de las personas.

Hacemos hincapié en los derechos humanos, porque a través de las situaciones de maltrato, dichos derechos son vulnerados, cometiéndose así un delito, que en muchas ocasiones son invisibles a los ojos de la sociedad y como motor de cambio, la función del trabajador social es hacer visible esta realidad y luchar por la dignidad de estas personas. Como profesional, el trabajador social debe protegerles y velar por ellos, ofreciendo los apoyos asistenciales necesarios, una atención integral, tomando las medidas necesarias para prevenir y detectar estas situaciones, dotando a cada uno de los profesionales de las diferentes instituciones de los conocimientos necesarios para afrontar este hecho e intervenir en caso de detección, para favorecer la calidad de vida y con ello, su bienestar, tanto físico como social, de la víctima. (Muyor Rodríguez, 2011)

Las claves en la detección de un abuso, según la psicóloga y directora de la UAVDI son:

- *Considerar la posibilidad de que la persona sea víctima de un abuso*
- *Estar atentos a los signos y posibles consecuencias del abuso en personas con discapacidad intelectual*
- *Atender a las verbalizaciones espontáneas*
- *Planificar una entrevista de valoración*
- *Registrar la información*

La intervención profesional, por tanto, se caracteriza por ser responsable, de manera que se garantice una relación de confianza, los apoyos necesarios durante el proceso y el mínimo temor a posibles consecuencias. (Manzanero, Recio, Alemany, & Cendra, 2013)

El Trabajo Social ha de ejercer un papel crítico y transformador en la sociedad tratando de comprender los discursos de estas personas y dar respuesta a sus demandas. Puesto que, como hemos visto, la «discapacidad» es también una construcción social que implica las representaciones simbólicas que la sociedad posee del colectivo, el Trabajo Social debe de implicarse no sólo en los

aspectos más prácticos de las demandas (atención, cuidados, recursos) sino también en influir en la dimensión política que ineludiblemente condiciona el imaginario social en torno a la diversidad funcional y determina sus condiciones de vida aún en situación de desigualdad, exclusión social y dis-ciudadanía. (Muyor Rodríguez, 2011)

Debido a la dificultad que supone para los profesionales abordar esta problemática una vez detectada, es necesario que el equipo multidisciplinar marque sus funciones y establezca un protocolo. Para analizar esto, la trabajadora social de la Ciudad Residencial Sonsoles y de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad¹ explica el protocolo interno de actuación ante una sospecha de abuso, el cual se encuentra en pleno desarrollo.

- En la primera fase, se produce la verbalización del presunto abuso bien por parte del usuario/a o bien por el personal del centro. Una vez detectada esta sospecha, se realiza un registro de observación de incidencias en el que aparece cómo hacer el diagnóstico del caso. Dicho modelo puede verse en el Anexo II. Modelo de registro de incidencias.
- Tras esto, la persona de contacto que ha realizado dicho registro del usuario que demanda ayuda realiza el informe de cuidadores, necesariamente individualizado y situado en espacio y tiempo. Si la persona en cuestión no es quién lo ha comunicado, se debe especificar quién lo ha detectado y de qué se trata, todo ello escrito con la mayor literalidad, todos los detalles posibles y el contexto dónde se ha producido. La grabación de la conversación sería imprescindible para no perder información, aunque suele ser inviable. El modelo de este informe puede verse en el Anexo III. Modelo de registro de cuidadores.
- Una vez hecho este informe, el encargado de referencia elabora una rutina diaria de eventos extraordinarios en la que se detallan todas las actividades y horarios del usuario de los últimos seis meses.
- Con todo esto, se hace la ficha de derivación, de la cual vemos el modelo en el Anexo IV. Modelo de ficha de derivación. Ésta es elaborada por la psicóloga del centro, y en ella constan datos de la institución, datos de la persona derivada, el tipo de discapacidad y la situación legal de ésta, el tutor en caso de haberlo y los teléfonos de contactos. Por otro lado, figuran los datos relativos a la situación de riesgo y/o abuso. La ficha consta también de una serie de preguntas para valorar el tipo de situación y si se requiere una medida protectora antes de la intervención, la cual es muy importante en la fase de detección, sobre todo si la persona vive con el supuesto autor. Se añaden también posibles informes médicos, si se ha

¹ La trabajadora social correspondiente nos explica el protocolo a seguir en una de nuestras citas para así poder entender todo el proceso dado ante una situación de abuso.

notificado o denunciado el hecho y el posible estado del proceso judicial si se da el caso. Si se constata que es una situación de riesgo o abuso, se recoge toda la información hallada en los registros, la propia verbalización, la información y composición familiar (con genograma e historia social incluidos) y otros informes a destacar que sean relevantes a la hora de valorar. Los casos de abuso intrafamiliar se envían a la UAVDI Aragón, y en caso de requerir un informe pericial se pide a la UAVDI Madrid.

- Tras esto, la coordinadora de UAVDI Aragón asigna a cada caso un psicólogo de la unidad externo al centro, e informa al trabajador social y psicólogo del centro de referencia sobre qué intervenciones se van a realizar y si se requiere una medida protectora independientemente de si se confirma o no la verbalización.
- Para esto último se necesita la valoración, en la cual se toma la decisión de iniciar o no el procedimiento. Se elabora un informe detallado donde se valora la posibilidad de evaluar a la persona, de si va a intervenir un profesional de la unidad y de tomar testimonio a la víctima. En el caso de personas con DI se hace una valoración de capacidades, ya que si la discapacidad es profunda el testimonio puede estar condicionado. Si se considera oportuno, vienen profesionales especializados de UAVDI Madrid a hacer la recogida del testimonio. Para realizar esta entrevista es necesario el consentimiento del tutor en caso de estar incapacitados, o de la propia Fiscalía si el tutor es el autor de los hechos. Adjuntamos los modelos de ficha de consentimiento en el Anexo V. Modelo de consentimiento, tanto para menores de edad e incapacitados como para adultos. En el caso de que el tutor se negara a firmar el consentimiento, se avisaría también a Fiscalía o a una entidad jurídica. En el momento en que se asigna un psicólogo al caso, entra en juego la figura del facilitador como persona de enlace con las medidas legales, para que el usuario no relacione éstas con el psicólogo y éste quede desvinculado del proceso judicial.
- En la segunda fase, una vez esté firmado el consentimiento informado, los profesionales oportunos van al centro de referencia y se decide todo lo pertinente al caso, es decir, si se debe informar a Fiscalía, si hay que denunciar, o si no ven oportuno continuar con la intervención. Se establece en el centro un plan de actuación orientado a delimitar medidas de protección y a asignar al trabajador social que se encargará de orientar las salidas y actividades del usuario. En el caso de tratarse de alguien externo a la institución que ingresa posteriormente por una situación desfavorable, el trabajador social aborda junto al psicólogo un plan de intervención con objetivos delimitados. Cada intervención va enfocada al caso concreto y se realiza a distintos niveles. A nivel social, se analiza si tiene medios económicos o una red de apoyo, si tiene sus necesidades personales y sociales cubiertas y se

tramita la posible plaza. A nivel terapéutico, se trabaja el impacto en la persona y la afectación en la que intervendrán psicólogos y psiquiatras. A nivel sanitario, se observa la necesidad de tratamientos médicos o fisioterapéuticos. A nivel jurídico, la abogada y coordinadora de la UAVDI y la trabajadora social trabajan de la mano del facilitador y, cuando la intervención supera la primera fase se encargan del apoyo psicosocial, concepto el cual analizamos en este estudio, es decir, observan las repercusiones en la persona y los efectos en sus relaciones.

- El trabajador social es el encargado de llevar el caso garantizando la mayor confidencialidad posible y realizando el registro de actuaciones y de seguimiento de manera exhaustiva. Este registro es importante en caso de que la intervención esté bajo un proceso penal, ya que el juez puede solicitarlo. Este registro contiene datos como el régimen de visitas, las llamadas recibidas y el tratamiento médico requerido. Debe orientar al resto del equipo para el plan de intervención con la persona, asegurando que cada uno de los profesionales cumpla sus objetivos. Este equipo se juntará cada vez que sea necesario y, a su vez, recibirá el apoyo del psiquiatra y del psicólogo clínico, todo ello coordinado por la coordinadora de la unidad Victoria Ledesma. Por tanto, el abordaje de la intervención se hace desde un equipo multidisciplinar. UAVDI Madrid actúa a nivel de formación de profesionales y de recogida de datos, aunque se espera que en un futuro no muy lejano se haga desde UAVDI Aragón.
- Por último, decir que a través de esta intervención se realiza un PIA (Programa Individual de Atención) exclusivo de UAVDI y se orienta hacia el recurso más adecuado, paralelo al que ya tiene asignado el usuario por otros profesionales del centro de referencia.

Para una mejor comprensión, ver en el Anexo VI. Esquema del protocolo interno de Atades ante una sospecha de abuso.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo general y objetivos específicos

El objetivo general de nuestra investigación se resume en:

- Analizar la influencia del maltrato en las relaciones socio-afectivas de la persona con discapacidad intelectual.

A partir de éste, los objetivos específicos propuestos son los siguientes:

- Comparar las consecuencias en las relaciones socio-afectivas de personas con y sin discapacidad intelectual que hayan o no sufrido maltrato.
- Identificar los factores que hacen que las personas con discapacidad intelectual sean más vulnerables.
- Analizar las limitaciones que las personas con discapacidad intelectual puedan presentar en el ámbito personal y en sus relaciones con los demás.

2.2. Hipótesis

El maltrato en la persona con discapacidad intelectual afecta en sus relaciones socio-afectivas añadiendo una mayor vulnerabilidad y limitando su comunicación y su capacidad de reacción ante situaciones cotidianas, lo que va a requerir de mayor apoyo y del refuerzo de sus habilidades sociales.

2.3. Diseño, población y muestra

El punto de partida de toda investigación, según Francisco Alvira (1992) es el estudio de un problema a través de diferentes fases con el objetivo de alcanzar resultados relevantes para ese problema inicial.

En cuanto al diseño de la investigación, corresponde al cualitativo puesto que hemos observado las características de un colectivo concreto, así como analizado los diferentes condicionantes y determinantes que han influido a éste en un aspecto tan cotidiano como las relaciones socio afectivas. El enfoque cualitativo hace énfasis en las características micro de la vida social, con la finalidad de describir, comprender e interpretar los significados intersubjetivos de la intervención social. (Alvira Martín, 1992)

Para ello, hemos creído oportuno realizar una comparativa entre personas que han pasado por una situación de abuso y personas que no, a partir de la cual hemos sacado las conclusiones pertinentes. Por otro lado, hemos utilizado la muestra de personas que, sin tener discapacidad ni haber estado en

situación de abuso, han respondido de igual forma la entrevista, para tener referencias y poder contrastar las formas de relacionarse y reaccionar ante el mundo.

Añadimos como aclaración que habría sido de gran ayuda sumar un cuarto grupo a nuestra muestra, el formado por personas sin discapacidad que sí hayan pasado por una situación de abuso, para formar así el cuarteto deseado con las variables de discapacidad intelectual y maltrato, pero el acceso a estas entrevistas nos ha sido imposible.

Para el abordaje de nuestro estudio, debemos centrarnos en definir con exactitud a la población diana, puesto que es la destinataria de nuestros resultados y conclusiones. Dicha población está marcada por las características sociales, individuales, sanitarias, demográficas, de estilos de vida, etc. (Robledo Martín, 2004) Por ello, focalizamos nuestra atención en el colectivo de personas con Discapacidad Intelectual y en sus rasgos.

Como ya hemos señalado en los términos de la discapacidad intelectual, Plena Inclusión habla de ésta como el conjunto de limitaciones en las habilidades de una persona para desenvolverse en su vida diaria y responder ante distintas situaciones. La discapacidad intelectual depende de la propia persona y de las barreras u obstáculos con los que pueda encontrarse en su entorno, por lo que si conseguimos un entorno más accesible, estas personas tendrán un nivel menor de dificultades. Esto último es importante, ya que la discapacidad aparece antes de los 18 años por diversas causas y es permanente, por lo que tiene un fuerte impacto en la vida de la persona y su familia, de ahí la intención de conseguir un entorno más fácil.

Debido a su discapacidad, este colectivo tiene más dificultades para aprender, comprender y comunicarse en comparación al resto de la población. A pesar de ello, Plena Inclusión cree imprescindible señalar que:

- *La discapacidad intelectual no es una enfermedad mental.*
- *Las personas con discapacidad intelectual son ciudadanos y ciudadanas como el resto.*
- *Cada una de estas personas tienen capacidades, gustos, sueños y necesidades particulares. Como cualquiera de nosotros.*
- *Todas las personas con discapacidad intelectual tienen posibilidad de progresar si le damos los apoyos adecuados.*

El número de personas con Discapacidad Intelectual que hay actualmente en España llega casi a los 300.000, de las cuales hay gran mayoría con discapacidad grave (grandes limitaciones) y múltiple (más de una discapacidad) y reclama apoyo en actividades básicas de la vida diaria como pueden ser comer, beber o vestirse. Sin embargo, un buen número de estas personas con discapacidad intelectual tiene gran autonomía y no necesita de estos apoyos. (Plena Inclusión, s.f)

De este conjunto que forma el objeto de estudio, es decir, la población, realizamos un muestreo, que consiste en reducir el número de personas, obteniendo la muestra, para así generalizar los resultados obtenidos. (Corbetta, 2007) Respecto a la elección de nuestra muestra, hemos tenido en cuenta variables como la edad o la situación socio-familiar, ya que las características tenían que ser en los tres grupos mencionados a continuación semejantes.

En cuanto a la muestra que hemos utilizado formada por 30 personas, se divide en tres grupos de colectivos bien identificados. Nos habría gustado contar con una muestra más amplia, pero el tema tratado es un asunto emergente, por lo que los casos son todavía escasos y la intervención está en sus principios. Esta elección, como ya hemos avanzado, se debe a nuestro interés por conocer las diferencias de comportamiento y de conducta que existen entre estas poblaciones en determinadas situaciones, y en qué aspectos las distintas variables o limitaciones pueden afectar. Por tanto, nuestra muestra queda delimitada de la siguiente manera:

- 10 personas sin Discapacidad Intelectual, denominadas a partir de ahora como SD
- 10 personas con Discapacidad Intelectual, denominadas a partir de ahora como DINM
- 10 personas con Discapacidad Intelectual que han sufrido algún tipo de maltrato de manera puntual o continuada, denominadas a partir de ahora como DIM

Creemos imprescindible como hemos apuntado incluir en este estudio a personas sin ningún tipo de Discapacidad que tampoco han sufrido maltrato para poder comparar las reacciones y la visión de determinadas situaciones cotidianas, y entender así la mayor vulnerabilidad de nuestro colectivo objeto de análisis.

Por otro lado, también vemos esencial el añadir a personas con Discapacidad Intelectual que no han sufrido ningún abuso para reafirmar las consecuencias negativas de éste y contrastar los resultados con los del colectivo que sí ha sido víctima.

Todas ellas forman la población accesible, es decir, la población a la cual hemos tenido acceso y de esta manera satisfacen nuestros criterios propuestos. (Robledo Martín, 2004)

Respecto a las características de esta muestra destacamos varios aspectos:

- Predomina el género femenino debido a que los casos de abuso existentes son en su mayoría en la mujer
- Rango de edad heterogéneo (de 18 años en adelante)
- Prevalencia de discapacidades medias o severas
- Dependencia reconocida en la mayor parte de los casos
- Incapacitación presente en casi el 100% de los participantes
- Durante el día ocupan una plaza en el Centro Ocupacional o en el Centro de Día, dependiendo de sus capacidades y circunstancias, y el 90% del total viven en la propia residencia de la Ciudad Residencial Sonsoles (Atades)
- En más de la mitad de los casos existe una problemática social añadida
- Parte de estas personas están tuteladas por otras organizaciones, fundaciones o entidades

A continuación incluimos unas tablas de referencia donde queda reflejada y dividida la muestra, así como sus características individuales y sociodemográficas:

Tabla 1. Muestra de personas sin discapacidad

GRUPO SD					
Nº participante	Sexo	Edad	Porcentaje de DI	Grado de dependencia	Tipo de abuso
1	Hombre	53	-	-	-
2	Mujer	56	-	-	-
3	Hombre	24	-	-	-
4	Hombre	23	-	-	-
5	Mujer	22	-	-	-
6	Hombre	26	-	-	-
7	Mujer	22	-	-	-
8	Hombre	45	-	-	-
9	Mujer	44	-	-	-
10	Mujer	51	-	-	-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Muestra de personas con DI

GRUPO DINM					
Nº participante	Sexo	Edad	Porcentaje de DI	Grado de dependencia	Tipo de abuso
11	Mujer	49	83%	II	-
12	Mujer	51	65%	I	-
13	Mujer	27	66%	II	-
14	Hombre	55	40%	NO	-
15	Mujer	61	35%	NO	-
16	Mujer	62	67%	NO	-
17	Mujer	47	68%	I	-
18	Hombre	28	81%	III	-
19	Hombre	22	65%	I	-
20	Mujer	42	65%	I	-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Muestra de personas con DI que han sufrido maltrato

GRUPO DIM					
Nº participante	Sexo	Edad	Porcentaje de DI	Grado de dependencia	Tipo de abuso
21	Mujer	21	34%	NO	Psicológico/intrafamiliar
22	Mujer	19	72%	II	Físico y psicológico/intrafamiliar
23	Mujer	57	65%	II	Físico/intrafamiliar
24	Mujer	61	42%	II	Sexual/intrafamiliar
25	Mujer	53	72%	II	Físico y por abandono/intrafamiliar
26	Mujer	48	77%	II	Físico/extrafamiliar
27	Mujer	22	76%	II	Físico/intrafamiliar
28	Mujer	22	77%	NO	Físico/intrafamiliar
29	Mujer	51	65%	NO	Psicológico/intrafamiliar
30	Mujer	36	49%	NO	Físico y psicológico/intrafamiliar

Fuente: Elaboración propia.

3. METODOLOGÍA

La metodología de la investigación nos proporciona las herramientas y estrategias necesarias para llevar a cabo el estudio de la realidad social y así conseguir de forma eficiente y eficaz los resultados. Esta ciencia es la encargada de aportar los conceptos, principios y leyes indispensables para lograr que los pasos de la investigación estén lógicamente estructurados y relacionados. (Cortés Cortés & Iglesias León, 2004)

3.1. Técnicas

El estudio se ha llevado a cabo a partir de diferentes elementos o técnicas de trabajo que nos han ayudado a llegar a los objetivos propuestos y contrastar la hipótesis.

- **ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS:**

En nuestra investigación, hemos utilizado las entrevistas estructuradas, ya que todos los participantes deben responder a las mismas preguntas formuladas con un mismo orden para luego recopilar estas respuestas. Los motivos que nos han llevado a la elaboración de este tipo de entrevistas son la singularidad que cada uno de los participantes del estudio, las limitaciones en sus habilidades comunicativas y la complejidad de la temática a investigar. (Corbetta, 2007)

A partir de la revisión bibliográfica y de la fundamentación realizada hemos elaborado un guion de preguntas genéricas, de la cual añadimos tres entrevistas en los anexos, significativas de cada grupo de muestras. Con estas entrevistas individuales, intentamos averiguar el tipo de respuesta que tienen los participantes ante diferentes situaciones, cómo conciben los sentimientos generales y cómo los muestran al resto, y cómo son sus relaciones socio-afectivas.

La entrevista se compone de 17 preguntas y de un cuadro descriptivo aparte en el que se muestran los datos personales de cada persona que nos ayudan a conocer el caso y las características de su situación para el posterior análisis.

Para poder realizarlas, nos hemos puesto en contacto con el coordinador de proyectos de Atades y le hemos pedido la aprobación de Oficinas Centrales para elaborar nuestro estudio, así como con las familias o tutores correspondientes de las personas participantes con discapacidad la debida autorización, siendo esto el primer obstáculo con el que nos hemos encontrado debido al tiempo de espera hasta recibir todas. Ver Anexo I. Modelo de consentimiento para la realización de las entrevistas.

- **REVISIÓN DE EXPEDIENTES:**

Hemos examinado los expedientes de cada una de las personas con discapacidad que han participado en el estudio, con el fin de conocer los datos personales empleados para éste y saber la situación social en la que se encuentran en el momento de la entrevista.

Los documentos que más información han podido aportarnos han sido el informe social y las anotaciones de la Trabajadora Social del Centro.

- **OBSERVACIÓN DIRECTA A USUARIOS:**

La observación durante la entrevista es muy importante, ya que el lenguaje no verbal y las distintas expresiones que aparezcan pueden aportar mucha información extra que nos ayude a analizar las respuestas. Como explica Piergiorgio Corbetta (2007), la observación implica mirar, escuchar y atender al comportamiento no verbal, así como un contacto cercano entre el investigador y el entrevistado durante todo el estudio, el cual puede durar incluso años. Por tanto, la observación y la recopilación de datos se deben realizar siempre en primera persona. (Corbetta, 2007)

Además, el haber convivido con ellos en la etapa de prácticas nos ha ayudado a conocer sus personalidades y las peculiaridades que presentan.

- **ANÁLISIS DE LA INVESTIGACIÓN**

Hemos realizado un análisis comparativo a partir de todas las respuestas recogidas, comparando entre los distintos grupos de muestra con la finalidad de conocer cómo son sus relaciones socio-afectivas. Para ello, hemos hecho una matriz de datos cualitativos. Esta técnica consiste en reordenar los datos de manera estructurada para que se unan realidad y teoría, organizando así los hechos para su posterior investigación. (Rodríguez Vera, s.f.)

Dicha matriz ha consistido en evaluar cada pregunta por separado atendiendo al lenguaje verbal y no verbal de cada participante. A su vez, estas preguntas las hemos estructurado en seis categorías según el ámbito al que iban dirigidas, para facilitar el análisis de los resultados. Igualmente, hemos reflejado la importancia de dos preguntas claves en nuestro estudio a través de gráficos, representando así las diferencias más destacables entre los grupos de muestra.

Una vez analizadas cada una de las categorías, realizamos una síntesis de los contenidos para llegar a la conclusión global de nuestra investigación y, de esta forma, poder afirmar o refutar la hipótesis inicial.

- **ENTREVISTAS A PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN DISCAPACIDAD**

Una vez elaborado nuestro análisis, hemos querido comentar los resultados más relevantes con profesionales especializados en el ámbito de la discapacidad que forman parte de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual. Esto ha servido para conocer sus diferentes puntos de vista y percepciones propias en relación a respuestas de usuarios que nos han parecido interesantes y por lo tanto enriquecer y completar los resultados finales.

Además, a través de una pequeña entrevista a la trabajadora social del centro y de la unidad UAVDI, hemos conocido el protocolo a seguir ante una situación de abuso, el cual incluimos en nuestro trabajo y nos ha servido de gran referencia.

3.2. Tipo de investigación

La tipología de esta investigación puede atender a diferentes aspectos siguiendo los criterios de (Alvira Martín, 1992):

- Según su finalidad, se trata de una investigación básica o pura puesto que intenta conocer de mejor manera la realidad social explicando diferentes teorías y haciendo comprender los hechos desde una exploración empírica.
- Según sus objetivos, hablamos de una investigación descriptiva ya que pretende explicar y describir cómo es cierta parte de la realidad social en un momento determinado a través de distintos indicadores y variables que se derivan de los objetivos, y de una muestra representativa de la población objeto de estudio.
- Según su alcance temporal, se trata de una investigación seccional o transversal porque limita la recogida de los datos a un momento concreto en el tiempo y ésta se realiza en una sola vez, viendo así las características de la población en dicho espacio instantáneo.
- Según las técnicas o métodos empleados, como ya hemos expresado en el diseño del estudio, hablamos de una investigación de enfoque cualitativo puesto que pone énfasis en los aspectos micro de la vida social e intenta comprender e interpretar los casos con el máximo detalle a través de la importancia del lenguaje y la interacción.
- Según sus fuentes, se trata de una investigación primaria ya que analiza la información que hemos obtenido de primera mano y por tanto se trata de algo original e inédito, en este caso a través de entrevistas.
- Según su marco, es una investigación de campo porque se observa a la población en su entorno natural.

3.3. Dificultades encontradas

En la realización del estudio, son varios los obstáculos a los que hemos hecho frente y que, de alguna manera, han dificultado el desarrollo de la investigación y la obtención de resultados.

La primera dificultad encontrada al realizar las entrevistas ha sido los múltiples desplazamientos a la localidad de Alagón, lugar en el que se ubican la mayoría de los participantes de la muestra, así como el poder coincidir con los profesionales involucrados y con los propios usuarios, sin olvidar las propias limitaciones que éstos últimos han podido presentar en el desarrollo de las mismas.

Durante la entrevista, al igual que la comunicación no verbal y las posibles dudas que han surgido en los participantes, hemos tenido muy en cuenta la deseabilidad social, ya que no queríamos que estas personas dieran una respuesta condicionada por lo que pudiera ser “la mejor respuesta”. Esto va unido a la propia subjetividad con la que se pueden interpretar las preguntas, ya que hemos observado grandes diferencias entre una persona con DI y otra sin DI. Las primeras tienden a ejemplificar todas sus respuestas y a acudir a hechos más cotidianos, básicos y referentes a su autonomía personal, mientras que las segundas se centran en definir con exactitud el sentimiento o situación del que hablamos y relacionan las diferentes situaciones con hechos más complejos.

A pesar de ello, gran cantidad de detalles e información no han salido a la luz en las entrevistas, puesto que las personas con DI que han pasado por una situación de abuso no relacionan nuestro estudio con la intervención que se está llevando a cabo con ellos ni con una posible ayuda y no ven importante nombrar los hechos ocurridos en preguntas visiblemente obvias para ello, aunque fuera de la entrevista nos hayan desvelado sentimientos. Tampoco habrían sido los mismos resultados si una profesional, como por ejemplo la Trabajadora Social, hubiera estado presente durante la cita, ya que para ellos es el acceso directo al caso y, casi a ciencia cierta, habrían desembocado en el tema en cuestión. También es cierto que varias de las personas que han sufrido maltrato por parte de su familia esconden esa etapa de sus vidas con el objetivo de que la situación termine y puedan volver con sus parientes, sin ser conscientes del verdadero daño producido. Es increíble como esto último puede verse reflejado en algunas personas, como es el caso de dos hermanas participantes, de las cuales una de ellas comenta sin problemas la situación de abuso vivida y las consecuencias actuales y la otra no entiende el por qué no puede tener relación con su agresor.

Por último, decir que muchos expedientes carecían de información actualizada o completa, debido a que muchas de las personas que residen en el centro de referencia llevan muchos años internos y la recopilación de datos de años atrás era mucho más deficiente que en la actualidad.

4. PRESENTACIÓN DE DATOS

4.1. Análisis e interpretación

Tras haber realizado las 30 entrevistas propuestas, nos disponemos a comenzar nuestro análisis, así como a interpretar los resultados obtenidos. Hemos de apuntar que la imposibilidad de haber grabado cada encuentro por separado y las propias limitaciones del colectivo con el que tratamos para contestar las propias preguntas, hacen que hagamos un esfuerzo extra por analizar a cada individuo y compararlo con el resto de respuestas. Para ello, la observación directa y el lenguaje no verbal nos han servido de gran ayuda. Por otro lado, añadimos a nuestros datos la visión de varias personas que trabajan con el colectivo en referencia a sus relaciones socio-afectivas, para así cerrar el círculo de investigación – protagonistas – profesionales, y comprender los resultados obtenidos para mostrarlos de la manera más completa posible.

4.1.1. La percepción de los sentimientos

En primer lugar, vemos conveniente analizar las preguntas que hacen referencia a sentimientos y comportamientos primarios y a cómo cada persona puede interpretarlos y demostrarlos al resto de la sociedad. Si observamos lo que entiende el grupo DINM por alegría, vemos cómo hechos que pueden parecer cotidianos como el cantar, tener una buena noticia, reírse o sentirse bien consigo mismos, o bien hechos aislados como salir del centro donde residen, son los que les llevan a decir que están alegres. Ahora bien, si pasamos al grupo DIM, vemos cómo salir de su entorno o ver a su familia son los principales condicionantes para lograr este sentimiento. Yendo un poco más allá en estas respuestas se nos plantea un apunte, y es que precisamente las personas que han pasado por un momento de maltrato, son las que más necesitan acudir a un punto de apoyo o reforzar sus redes sociales. Cosas como volver al domicilio familiar o simplemente salir de la residencia para alguna actividad hacen que este colectivo vea aumentada su alegría y por tanto su satisfacción. Esto nos lleva a otra cuestión, ya que la mayor parte de los casos de abuso tratados en este estudio se han dado en un ambiente intrafamiliar y, a pesar de ello, estas personas siguen teniendo, en general, la ambición de volver con esos parientes.

Si nos pasamos al otro extremo, la tristeza, observamos grandes diferencias entre ambos grupos. Para las personas del grupo DINM, en la mayoría de los casos la tristeza está relacionada con la muerte de seres queridos o la soledad, o ni quisiera saben explicar dicho sentimiento con exactitud, mientras que para el grupo DIM, se corresponde con peleas, echar de menos, llorar por algo o tener alguna preocupación. Adentrándonos un poco más en estas respuestas, vemos como una situación delicada como el abuso conlleva graves consecuencias socio-afectivas y emocionales, puesto que

estas personas unen la tristeza con hechos concretos como las peleas o tener preocupaciones. Dejando atrás la alegría y la tristeza hablamos del enfado, de qué situaciones significan una irritación. Para el grupo DINM, el enfado viene en general por situaciones en las que han estado a disgusto, como pueden ser las peleas, los insultos o el rechazo de otros. Sin embargo, en el grupo DIM, el enfado se relaciona con sentirse culpables, con tener poca libertad y con momentos de impulsividad o insultos. Esto lleva a una importante reflexión, y es que las personas que han pasado por un ambiente de malos tratos tienden a pensar que son culpables de ello y que si se portan mal con otros van a pasar por la misma situación una y otra vez, por lo que relacionan ese enfado con el miedo de hacer algo mal. El hecho de estar presente la demanda de libertad por parte de este grupo de personas nos lleva a una nueva conclusión, ya que es posible que la situación de abuso haya creado en ellos un sentimiento de subordinación que necesitan evitar y cambiar por el de ser capaces de tomar sus propias decisiones y hacer las cosas cómo y cuándo vean conveniente.

Por otro lado, prestamos atención a la percepción que tienen las personas con DI sobre qué es ser cariñosos. Para la mayoría del grupo DINM, está relacionado con dar muestras de afecto y saber relacionarse con el resto de la sociedad. Nos parece relevante señalar la excepción de lo anterior con la participante nº15, cuyas palabras son *“no, a mí no me gusta eso, yo con los chicos no quiero nada”*. Para ella, el cariño está relacionado con muestras de amor hacia el otro sexo, por lo que en todo momento pretende demostrar que ella no está interesada en ello excluyendo así estas muestras hacia las personas de su alrededor. Solo cuando tenemos la oportunidad de explicarle los diferentes gestos cariñosos, ya fueran abrazos a una amiga, caricias, coger de la mano o similares, es capaz de reconocer que sí suele hacerlos, pero siempre con alguien de su mismo sexo. Mientras, para el grupo DIM, ser cariñoso se relaciona con portarse bien. Este hecho llama mucho la atención, puesto que en este último conjunto de personas observamos la necesidad absoluta de portarse bien para demostrar que saben dar y recibir afecto. Podríamos enlazar pues esta percepción con el sentimiento de culpabilidad que suelen tener estas personas en una situación en la que han sido víctimas, así como con la necesidad de disculpa y de quedar bien frente al resto. Señalamos también, en un menor porcentaje, las personas de este último grupo que han unido el ser cariñosos con no discutir y con hacer una selección exhaustiva de las personas a las que lo demuestran. Esto es debido a la carencia afectiva que puedan tener, ya que es costoso para ellos encontrar a personas que puedan asegurarles estabilidad y seguridad en ellos mismos. Como ejemplo, vemos a la participante nº21, la cual expresa que *“no he recibido nunca cariño, me cuesta darlo si no tengo confianza”*.

Si observamos en cambio la idea que tienen de ser amables, vemos también claras diferencias. En el caso del grupo DINM, las respuestas varían bastante y se relacionan con hechos cotidianos como el

ayudar y compartir, hacer favores a otras personas de su entorno o demostrar cariño mutuo. En cambio, las respuestas del grupo DIM se focalizan en ayudar y agradar a otros. Este dato nos da a la reflexión, puesto que como ya hemos nombrado en este estudio, estas personas tienden a culpabilizarse y martirizarse frente al resto debido a la situación vivida. Además, la percepción de ambos grupos es muy diferente a la del grupo SD en este caso, el cual relaciona la amabilidad con el hecho de tener una buena educación con la sociedad y el respetar las normas de convivencia básicas.

Finalmente, nos adentramos en el concepto de felicidad. En este caso, casi todos los entrevistados de ambos grupos relacionan la felicidad con estar con sus seres queridos, aunque es de resaltar que en el grupo DIM haya personas que unan la felicidad con salidas del centro, a pesar de que en la mayor parte de este colectivo el abuso ha sido intrafamiliar y aun así quieren volver con sus parientes. Este hecho puede crear conflictos de opinión, ya que las víctimas de maltrato quieren volver con las personas que han abusado de ellas sin ser conscientes del daño que puede ocasionarles y de que el maltrato puede volver a estar presente, y el centro de referencia y los profesionales no lo permiten. Esto es debido a que la aceptación de la realidad una vez pasada la situación de abuso es complicada para las personas con discapacidad intelectual, y a pesar de sufrir las consecuencias emocionales y afectivas, no son capaces de anteponerse a un nuevo riesgo. Queremos destacar también dos respuestas del grupo DIM respecto al significado de dicho sentimiento. Por un lado, la participante n°24, que no dispone de ninguna red de apoyo familiar, relaciona la felicidad con la visita de sus tutores (en este caso de la Fundación Tutelar Fundat), puesto que son su figura de referencia y prestan apoyo para su desarrollo personal y social, así como para velar por ellos tras pasar por una situación que requiere de atención y cuidados. Por otro lado, la participante n°25 pone barreras a la hora de referirse a la felicidad, puesto que contesta directamente *“no, no me quiere nadie, estoy mal de la cabeza”*. Esto es debido a su situación personal en el pasado, repercutiendo así en su inestabilidad emocional. Pero haciendo una valoración global respecto a si estas personas consideran que son felices, la mayoría de los entrevistados del grupo DINM si lo son, frente al caso de las personas del grupo DIM en el que las respuestas están más repartidas entre los que creen ser felices y los que no, éstos últimos en muchos casos debido a su situación familiar. Y respecto a los significados vistos sobre felicidad, lejos queda el aportado por el grupo SD, ya que éste relaciona la felicidad o con estar bien con todo lo que rodea a su persona o bien con seguir sus propios objetivos y metas en la vida. Vemos como la felicidad para las personas con DI es por tanto algo a corto plazo, fácil de cubrir en cualquier

momento, mientras que para el grupo SD va unida a objetivos a largo plazo y referentes a su estilo de vida y cómo prospera en ella.

4.1.2. Reconocimiento de las capacidades personales

Una vez concluidos los sentimientos primarios, nos adentramos en las capacidades personales. En primer lugar, cogemos como base la toma de decisiones para comenzar el análisis. El grupo DINM considera que la toma de decisiones de la vida diaria es realizada por ellos siempre o en muchas ocasiones, mientras que el grupo DIM, en su mayoría afirma no tomar sus propias decisiones y tener por ello la necesidad de una segunda persona. Es necesario señalar en este punto que las respuestas son bastante subjetivas, y que en muchos casos creen decidir por sí mismos o simplemente no comprenden en profundidad el término cuando en realidad alguien las toma por ellos. Hablamos con esto de la incapacitación, estado en el que se encuentran todos los entrevistados a excepción de una, la participante nº30, debido a que acaba de ingresar en el centro y en la propia asociación y se están haciendo los trámites necesarios para ello. La incapacitación es la causa máxima por la que muchos de los discapacitados intelectuales no pueden tomar gran parte de las decisiones en cuestiones económicas, de vivienda, de bienes, salidas del centro, actividades, etc., junto a la propia incapacidad de éstos para poder tomar algunas de ellas. Por ello, no creemos conveniente seguir profundizando en esta parte del estudio debido a los múltiples factores que pueden alterar el resultado.

Dicho esto, pasamos a hablar de la capacidad de reconocer los sentimientos primarios de los cuales ya hemos hablado. En este caso, ambos grupos coinciden en su mayoría en que sí saben reconocer cuando se sienten alegres, tristes o enfadados. Solo en un caso de discapacidad intelectual y abuso nos encontramos con que no sabe diferenciarlos, la participante nº 25. La explicación de esto es que presenta una importante inestabilidad emocional y bastante ansiedad, por lo que su estado de ánimo y sus comportamientos varían bastante, pasando del llanto y la desconsolación a la sonrisa y la tranquilidad. Pero la diferencia la encontramos cuando indagamos en si a estas personas les gusta compartir esos sentimientos con otras, ya que en el caso del grupo DIM hay una igualdad entre las respuestas afirmativas y negativas. Esto se puede explicar a través del miedo que pueden tener a expresar lo que sienten y a ser juzgadas o incluso culpabilizadas de ello.

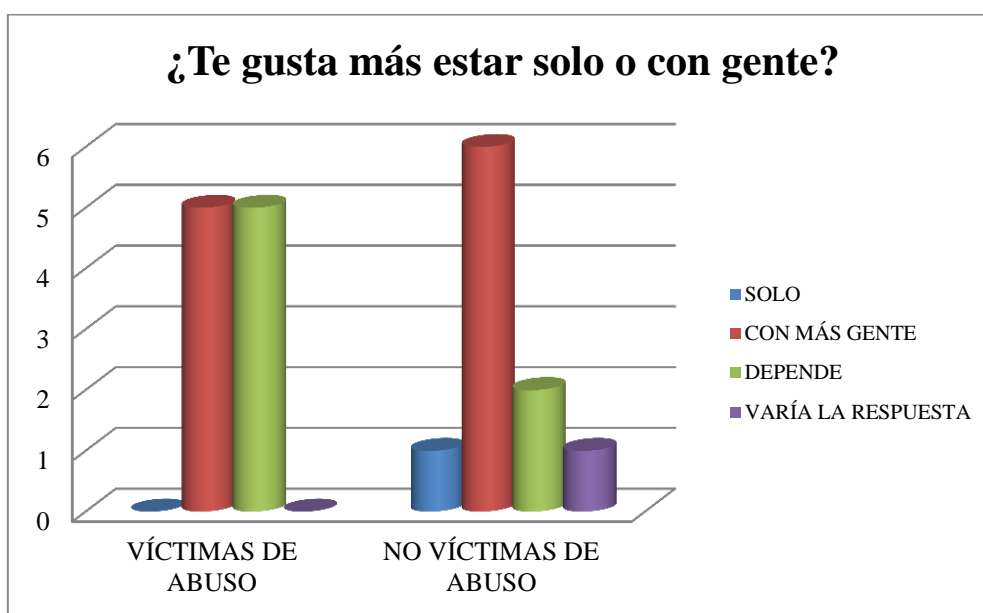
Respecto a cómo saben detectar los sentimientos de los demás, predominan las respuestas positivas a excepción de dos casos del grupo DIM, las participantes nº23 y nº24. Estas dos personas demuestran no saber reconocer cuándo alguien de su alrededor está alegre, triste o enfadado, cambiando continuamente de tema y haciendo hincapié en la necesidad de ayudar a otros en todo

momento sin llegar a responder lo planteado. Una apreciación importante en este tema vuelve a ser la subjetividad de las respuestas, ya que la muestra con la que trabajamos puede tener dificultades en la comprensión y expresión de éstas, y a su vez en la concepción de esos sentimientos. En cuanto a cómo reaccionan ante otra persona triste o enfadada observamos pequeñas diferencias entre los grupos. Mientras que en el grupo DINM predomina el interés mostrado cuando algo ocurre, en el otro colectivo queda reflejado el impacto de estas situaciones, por lo que tienden a desarrollar fuertes sentimientos de empatía y una gran sensibilidad que pueden acarrear que el individuo sufra también esas emociones, provocándole una gran inestabilidad emocional. Como apunta la psicóloga de Atades, *“empatizan mucho más por la situación que ellos han vivido. Saben que la gente ha pasado de ellos cuando lo han necesitado y se sienten solos, a la vez que culpables porque creen que se merecen eso y que nadie les ayude. Por eso cuando lo ven en otra persona deciden meterse.”* Prestamos atención por otro lado a las personas que prefieren no involucrarse cuando ven a otras en mal estado anímico puesto que identifican una situación de enfado con un posible conflicto en el que pueden salir perjudicados.

4.1.3. Las relaciones interpersonales

Dejando a un lado los sentimientos y el valor y reconocimiento que tienen, observamos en profundidad la manera de relacionarse de las personas con DI. Llegados a este punto, es necesario tener en cuenta la posibilidad de que las respuestas de nuestra muestra estén marcadas por cierta deseabilidad social o por la necesidad de contentar a su entorno, especialmente a nosotras. Por ello, hemos repetido dos preguntas a lo largo de la entrevista cambiando el orden de los factores, es decir, *“¿te gusta más estar solo o con gente?, ¿te gusta más estar con gente o solo?”*, intentando favorecer así la asertividad, dicho de otra manera, la capacidad de expresar sus propios intereses en cuanto a la forma de relacionarse a pesar de que no gusten al resto. Contrastando las respuestas, solo la participante nº15 varía dependiendo del orden de la pregunta, por lo que podemos decir que nuestro análisis respecto al ámbito en cuestión ha sido factible.

Ilustración 1. ¿Te gusta más estar solo o con gente?



Fuente: Elaboración propia.

Como observamos en la Ilustración 1, las respuestas varían entre ambas muestras. Las personas del grupo DINM afirman en su mayoría que les gusta estar con más gente y, en algún caso, dependiendo de la situación prefieren o no estar solos. Solo uno de los participantes asegura gustarle más estar siempre solo. En cambio, los del grupo DIM sí son conscientes de que en algunas ocasiones les gusta estar solos pero en otras prefieren lo contrario, es decir, dependiendo de la ocasión. También nos encontramos con varios casos en los que prefieren estar siempre con alguien. Este aumento de la variable “depende el momento” respecto al otro grupo puede deberse a que se muestran más reticentes a elegir sus compañías y cuándo quieren que esas personas estén con ellos. El colectivo que ha pasado por una situación de abuso suele tener más dificultades para integrarse y para sentirse cómodo con según qué personas, ya que presenta cierta inseguridad a la hora de relacionarse con la sociedad por su temor a vivir un conflicto. Por ello, el círculo social de estas personas es bastante cerrado. A pesar de esto, no les gusta estar en todo momento en soledad, como nos han expresado varios, puesto que recuerdan momentos de su pasado que les hicieron sufrir. Por ejemplo, la participante nº21 nos dice “no me gusta estar sola porque me amargo, prefiero estar de risas con los amigos”.

Pero no solo nos conciernen las preferencias en cuanto a estar solos o con más gente, sino también en cuanto a realizar las cosas ellos solos o con algún tipo de apoyo. Al igual que en la pregunta anterior, la realizamos dos veces en orden inverso con el objetivo de evitar la deseabilidad social. En este caso, cuatro personas variaron sus respuestas, todas ellas víctimas de abuso. Esto nos lleva a

pensar que no son conscientes a veces del apoyo que necesitan, ya sea por falta de capacidad en algún ámbito debido a la discapacidad o por las consecuencias que hayan podido surgir de la situación de maltrato en cuanto a la necesidad de una segunda persona. Dejando esto a un lado, la mayoría del grupo DIM coincide en expresar que necesita apoyo en algunas tareas o actividades, mientras que en el grupo DINM predomina la preferencia por hacerlo solos. La conclusión de esto es que las personas víctimas de abuso demandan un refuerzo positivo y una motivación constante para realizar estas acciones debido a su pensamiento continuado de que todo lo hacen mal y que no son válidos. Si observamos las respuestas del grupo SD, casi la mayoría absoluta afirma que prefiere hacer las cosas con apoyo. Esto puede sorprender y hacer pensar al lector, puesto que son personas por lo general con mayor autonomía, pero hay una explicación. Al realizar esta pregunta, el colectivo con DI tiende a buscar ejemplos de la vida cotidiana relacionados con su autonomía, casi siempre con las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria). En cambio, las personas sin DI relacionan esta pregunta con trabajos complejos o tareas de larga duración, por lo que no dudan en expresar que prefieren tener apoyo.

4.1.4. Ocio y tiempo libre

Cerrando con esto el ámbito de las relaciones con los demás, fijamos nuestra atención en las aficiones, en lo que les gusta hacer en su tiempo libre y en su preferencia entre hacerlo solos o con otros. Tras tratar con ellos estos aspectos, podemos decir que ambos grupos (DINM y DIM) manifiestan tener simpatía por ciertas actividades, ya sean al aire libre o en espacios cerrados, fuera o dentro del centro, relacionadas con manualidades o deporte o simplemente con gustos personales. Un importante número explica que les gustaría hacer más actividades fuera del centro, en compañía de familiares o monitores, así como aumentar la asistencia al club de ocio y tiempo libre Los Tigres. No hemos notado diferencias visibles de un grupo a otro, ya que todos han sabido reflejar su predilección por determinadas acciones. Más bien, esa diferenciación viene dada por las capacidades intelectuales y de comunicación de cada participante, así como de sus propias limitaciones a la hora de elegir aficiones de más movimiento (baile), de mayor complejidad (cocinar) o de más duración (teatro todas las semanas). Un dato curioso que sí queremos resaltar es el de dos personas que expresan su preferencia por algunas actividades porque las ven como un medio para llegar a otras personas, siendo éstas un hermano o el novio, no por gustos propios. Visto en ejemplos, la participante nº30 reconoce que *“me gusta el deporte porque está Samuel y ahora estoy con él”*, mientras que la participante nº20 dice *“quiero estudiar para trabajar con mi hermano”*.

Respecto a si estas personas prefieren hacer esas actividades de ocio con otras, nos encontramos con que la mayoría afirma sentirse mejor estando en compañía de otros, tanto del grupo DINM como del grupo DIM, ya sean compañeros, monitores o familia. Esto nos lleva a pensar que cuando se trata de ocio y tiempo libre, el colectivo con discapacidad intelectual tiende a relacionarse con los de su entorno, puesto que desarrollan un gran compañerismo con su grupo de iguales y sus ganas de compartir gustos y aficiones con los demás están bastante presentes.

4.1.5. Reacciones en las relaciones interpersonales

Otro de los ámbitos que hemos querido investigar es el cómo reaccionan ante distintas situaciones de la vida cotidiana. En primer lugar hacemos alusión a si tienen la iniciativa de ayudar a otra persona cuando lo solicita. En el caso del grupo DINM, todos estarían dispuestos a ayudar a otros en caso de necesidad, sin restricciones en cuanto a género o vínculo afectivo, o en cuanto a la razón de dar ese apoyo. En cambio, en el grupo DIM hay quienes afirman no querer prestar ayuda a ciertas personas, haciéndolo solo si se trata de alguien en concreto. Esta selección se debe o bien a prejuicios que puedan tener ante ciertos grupos sociales (personas mayores o extranjeros) o bien al rechazo hacia el otro género. En referencia a esto, la participante nº30 nos dice *“a los viejos no, aunque se caigan, y a los extranjeros tampoco, pero si luego hay una recompensa me lo pienso”*. Resaltamos también que una persona del grupo DIM, a pesar de su deseo de ayudar, nos explica que en ocasiones no se lo permiten, creando en ella una fuerte frustración. Como ejemplo de ello, señalamos a la participante nº22, la cual afirma que *“hay gente que no se deja ayudar, pero si lo consigo me siento mejor persona”*. Por tanto, la actitud altruista está muy presente en la mayoría ya que les hace sentir mejores personas y les refuerza la autoestima, como en el caso de la participante nº21 que afirma entre risas *“consejos vendo, que para mí no tengo”*.

Pero hagamos un giro al tema anterior. Cuando necesitan ayuda porque tienen algún problema, ¿acuden a alguien? Tras analizar las respuestas referentes a este terreno, nos quedan varias conclusiones que queremos compartir en nuestro análisis. En primer lugar, todas las personas del grupo DINM admiten acudir a otras cuando tienen algún problema en busca de consejo o auxilio. Sin embargo, las respuestas del grupo DIM están más repartidas entre los sujetos que sí compartirían su dificultad y los que no. Muchos de los que han pasado por una situación de abuso tienen ciertas dudas de a quién acudir cuando tienen un problema, puesto que personas que consideraban de su entorno les han hecho daño y emocionalmente no están abiertas a compartir esos sucesos. Esta vulnerabilidad está presente y es por ello que en muchas ocasiones, cuando algo pasa, tienden a encerrarse en sí mismas en lugar de exteriorizarlo. Algo muy distinto ocurre en el grupo SD, y es que aunque dicen no acudir siempre a otros cuando tienen un problema, las causas son

muy diferentes, ya que añaden que resolver los problemas solos es un signo de madurez y fuerza de voluntad, concepciones que quedan muy lejos de los motivos de las personas con DI. Y dando un paso más allá en las respuestas, observamos que el grupo DINM suele acudir a familiares cuando una situación le disgusta, mientras que los del grupo DIM que comparten sus problemas deciden contar con el personal del centro. La causa máxima de ello es que la mayoría de los casos de abuso son intrafamiliares, por lo que el círculo de confianza de estos individuos es el propio centro. Otro aspecto a tener en cuenta es que ninguno de los participantes nombra a amigos o compañeros como personas de referencia en las que apoyarse cuando tienen un problema. Muchos de ellos incluso especifican que no contarían con nadie de su entorno por miedo a que les haga más daño o utilice su problema para otra causa. Además, relacionan con facilidad el pedir ayuda con que la gente sienta enfado contra ellos. Relacionamos esto con las participantes nº22 y nº24, cuyas frases respectivamente son: *“me lo guardo porque tengo miedo a que me peguen, es muy arriesgado, no quiero que lo cuenten y me echen la culpa”* y *“mis problemas son míos y no tienen por qué saberlos, a nadie le interesa”*.

Una vez dicho esto, observamos qué hacen ante una situación de conflicto ajena a ellos, es decir, ante una pelea o discusión de otros. Casi la mayoría absoluta del grupo DINM explica que se alejaría por completo de ese ambiente y que no intentaría hacer nada puesto que no le interesa, mientras que del grupo DIM podemos sacar otros resultados. Respecto a las personas que niegan rotundamente involucrarse en el conflicto, la causa ya no es el poco interés como en el colectivo anterior, sino el miedo a salir perjudicados y a sentir empatía por los otros y por ello sentirse mal. Por otro lado, el resto del grupo DIM admite que intentaría poner paz o pedir ayuda si esas dos personas son de su entorno o de su mismo sexo, es decir, serían selectivos a la hora de reaccionar. Aunque el miedo y el alejamiento sean las actitudes más corrientes de quienes han pasado por una situación de abuso, existen casos en los que estos sujetos intentan evitar cualquier pelea o discusión como reflejo de lo que un día vivieron, ya que nace en ellos esa voluntad de ayudar y evitar que otros se hagan daño. En este sentido, también el grupo SD en su mayoría intentaría evitar la discusión si se diese el caso.

En referencia a esta última situación o a otras muchas nombradas durante el análisis de este estudio, nos centramos en conocer qué dicen las personas con discapacidad intelectual sobre *¿qué es para ti que te traten mal?* Gracias a esta pregunta y a cómo los participantes han comunicado en ella sus sentimientos, hemos observado las grandes diferencias que existen entre alguien que ha pasado por una situación de abuso o maltrato frente a otro que por el contrario no lo ha sufrido. Y es que no

perdemos de vista que el maltrato acarrea graves consecuencias a nivel cognitivo y emocional. Para entender mejor este punto del análisis adjuntamos el gráfico posterior.

Ilustración 2. ¿Qué es para ti que te traten mal?



Fuente: Elaboración propia.

Como vemos en la Ilustración 2, el grupo DIM tiene la tendencia a relacionar enseguida un trato no adecuado con insultos o daños físicos, en mayor medida que los participantes del grupo DINM. Esto es debido a las consecuencias psicológicas y afectivas que ha provocado la situación de abuso en ellos, ya que mientras sujetos del grupo DINM acuden a reacciones más cotidianas como “que no se relacionen con ellos” o “que les castiguen” por haber hecho algo mal, los del grupo DIM ponen su vista en hechos más complejos, relacionados directamente con el maltrato. Queda presente por tanto que el abuso deja en estas personas graves secuelas a nivel emocional, puesto que el miedo y la angustia siguen presentes en ellos y su atención recae directamente en una posible situación futura similar a la vivida anteriormente.

Queremos plasmar la respuesta de la participante nº22 puesto que nos parece la más relevante: “Casi todo el mundo me trata mal, cuando me pegan, me insultan, me tiran de los pelos, se portan mal conmigo, me roban cosas de la habitación. No me gusta que me peguen, me contesten y me insulten, no quiero que me digan lo que tengo que hacer. Cuando me dicen palabrotas o me tratan mal no hago nada, estoy acostumbrada. Se quieren vengar de mí porque me odian. La gente dice cosas negativas de mí”.

Señalan también los gritos como causas de sentirse mal, ya que varios apuntan que entre compañeros existen bastantes confrontaciones. Pero queremos apuntar un detalle que nos ha llamado la atención, y es que precisamente las personas que afirman no saber qué es tratarles mal, corresponden al grupo DIM. En ocasiones los que han pasado por una situación traumática intentan olvidar o dejar de lado esa etapa como medida de autoprotección, de manera que ocultan los sentimientos vividos y las consecuencias que ha supuesto para ellos. La coordinadora de UAVI Aragón señala al hilo de esto que *“no saben identificar que el abuso está mal, por eso no saben a veces qué es un mal trato.”* Por otro lado, a pesar de que los del grupo SD unan esta pregunta a menosprecios y desprecios, éstos se refieren a no ser considerados como deberían por el resto de la sociedad, siendo esto en ocasiones una gran falta de respeto para ellos; pero en ningún momento relacionan un trato inadecuado con agresiones, gritos o disputas, como ocurre con las personas con DI.

Y si observamos a posteriori qué reacciones tendría nuestra muestra cuando “los tratan mal”, vemos también múltiples diferencias. En cuanto al grupo DINM, varios certifican que nunca han estado en esa situación, mientras que el resto explica que se siente mal con el otro o que directamente se aleja de ese ambiente. Algo parecido ocurre con el grupo SD, que afirma alejarse de la situación sin continuar con el conflicto o, dependiendo de la persona que le haya tratado mal, analizar la situación y buscar posibles causas y soluciones. Sin embargo, en el grupo DIM, las respuestas se centran en defenderse, llorar, pedir ayuda o incluso no saber qué hacer cuando esto ocurre. Por ello, vemos que el grupo DIM tiene unas reacciones más complejas en lo que se refiere a emociones y comportamientos, conllevando esto a la tristeza o al enfado y la rabia contra el otro.

Queremos remarcar que más de la mitad de las participantes del grupo DIM aseguran que nunca les han tratado mal teniendo nosotras constancia de lo contrario. El ejemplo de ello se ve en las participantes nº 29, 23, 26, 21 y 30 con frases como *“no lo han hecho nunca, sino se lo diría a los monitores”*, *“nadie me trata mal a mí, sé defenderme yo solita”*.

La coordinadora de UAVDI Aragón, nos comenta en relación a estos resultados que *“cuando las personas con DI han sufrido abuso y lo han verbalizado, y por ello ha habido consecuencias que han cambiado su situación de forma negativa (aun siendo éstas protectoras para ellos) son cosas que no les gustan. Se puede dar que ante un nuevo abuso no lo digan por el miedo a esas consecuencias. Puede que por el enganche emocional, la víctima sea capaz de soportar ese abuso con tal de no perder a la persona.”*

Por otro lado, la psicóloga de Atades aporta también que *“es una situación dura, te bloqueas y te creas tu coraza. Es difícil decir que has sufrido un abuso y verbalizarlo, y más aún tener confianza para decirlo. Es difícil terapéuticamente que directamente se hable del maltrato. Tienen muy interiorizado el “esto es algo privado, es algo tuyo, no por sentir vergüenza sino para que no te hagan daño”. Sobre todo al ser intrafamiliar, es muy duro aceptar que tu pariente que es tu apoyo emocional y soporte no te ha tratado bien, y lo que implica esto al relacionarte con otros, porque te condiciona en las relaciones que vayas a tener de pareja, consintiendo cosas que no debes.”*

4.1.6. Visión de la afectividad

Hemos querido terminar nuestro análisis con una pregunta doble de gran importancia en cuanto a las relaciones socio-afectivas, *¿te sientes querido?, ¿te sientes rechazado?* Mientras que ambos grupos tienen respuestas similares a la primera y en su gran mayoría todos se sienten queridos, en la segunda encontramos algunas distinciones. Más de la mitad de las personas del grupo DINM dicen no sentirse rechazadas nunca o casi nunca. En los casos en los que se sienten rechazados añaden que por algún compañero y en momentos concretos. En cambio, en el grupo DIM predomina la afirmación respecto a sentir rechazo por parte de otros, siendo siempre por familiares o personas de su entorno más cercano. Por tanto, sacamos varias conclusiones de estos resultados. Aunque casi todos los participantes se sientan queridos por otros, el colectivo que ha pasado por una situación de abuso reconoce sentirse rechazado en algún momento, siendo en este caso por personas de su familia, ya que como ya hemos apuntado en alguna ocasión la mayor parte de los casos de maltrato son intrafamiliares. Esta sensación de rechazo provoca en ellos sentimientos de pena y aislamiento, creyendo muchas veces que no tienen una red de apoyo en la que sustentarse. Es verdad que nunca podemos “caerle bien” a todo el mundo, pero sí podemos sentirnos queridos por quienes nos rodean e intentan darnos apoyo.

4.2. Resultados

Una vez completado el análisis íntegro de las entrevistas, nos disponemos a mostrar resultados. Como vemos, las consecuencias del abuso en personas con discapacidad intelectual son bastante visibles solo con tratar actividades o comportamientos cotidianos. A veces, la propia discapacidad supone ya una limitación a la hora de expresar sentimientos, de saber comunicar emociones o de responder ante los estímulos. Pero la situación de maltrato aumenta por lo general esas limitaciones, ya que estas personas tienen una vulnerabilidad mucho mayor que el resto de la sociedad y con frecuencia muestran sentimientos de miedo, inseguridad o desprotección, los cuales dificultan sus relaciones socio-afectivas.

Para ellos, es indispensable contar con una red de apoyo, tanto para tomar las decisiones del día a día, como para realizar tareas o actividades, ya sean las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) o bien trabajos más complejos, aunque a veces no son completamente conscientes de esa necesidad de ayuda. Sin duda, el principal apoyo de éstos es el personal del centro, es decir, los que interactúan con ellos en el día a día como los monitores de residencia, las personas de atención directa como los encargados del taller ocupacional y los integrantes del equipo multidisciplinar que llevan un seguimiento exhaustivo de cada caso como la Trabajadora Social. Por ello, son el referente de la persona con discapacidad intelectual que ha sufrido maltrato. Además, gran parte de los casos trabajados se tratan de abuso intrafamiliar, por lo que el contacto con la familia y el soporte que ésta pueda prestar son a veces inexistentes, por lo que el centro cobra más importancia.

Hemos visto además que tienen una clara preferencia por estar en compañía de otros y no sentirse solos, aunque sí reconocen ser bastante selectivos en cuanto a las personas con las que quieren relacionarse. Del mismo modo, también seleccionan a quiénes acudir si tienen un problema e incluso en muchos casos terminan por no compartirlo, debido a la inseguridad que muestran y a la desconfianza ante los de su alrededor. Queda comprobado por tanto que sienten un dilema emocional cuando algo ocurre, muchas veces dudando a quién pedir ayuda y si esa persona va a poder ayudarles. Por esto, tienen la tendencia a ocultar sentimientos de dolor y disconformidad, al igual que ocultan a veces la situación de abuso que han vivido, culpabilizándose así de todo lo que pasa a su alrededor y creando una barrera emocional muy difícil de romper, debido a su situación complicada y la dificultad para aceptar su realidad. Hablamos con esto de la “Ley del Silencio” que hacen algunas personas al sentir vergüenza o miedo a ser desvalorizadas y a no saber relacionarse en condiciones de igualdad. Se trata de individuos con un sentimiento de culpabilidad tan arraigado que a veces les hace difícil distinguir lo que es bueno para ellos de lo que les puede ocasionar algún daño.

En cambio, si el problema es ajeno a ellos y viene en forma de pelea o discusión, presentan los dos comportamientos opuestos entre sí. A veces deciden intervenir e intentar tranquilizar al resto, puesto que cuando algo ocurre a su alrededor sienten la gran responsabilidad de resolverlo y de hacer ver a esas personas que no están solas. Sin embargo, en otras ocasiones prefieren no interponerse porque sienten que esto va a perjudicarles y que la situación puede desembocar en volver a sufrir ese abuso. La creencia de que el daño está todavía presente y el sentimiento de debilidad ante ambientes hostiles son muy comunes en este colectivo.

A partir de la observación que hemos realizado sobre las distintas reacciones, podemos afirmar también que las personas con discapacidad intelectual que han sido víctimas de abuso tienen un grado de involucración mayor en lo que a sentimientos se refiere. La empatía es una de las características más desarrolladas en estos individuos, que son capaces de ponerse en la piel de sus iguales aun cuando ellos se sienten vulnerables y dolidos. Pero estas situaciones hacen peligrar a veces la asertividad, de manera que anteponen los intereses del resto a los suyos propios, por lo que es imprescindible que tanto esta como otras habilidades sociales sean trabajadas.

En muchos casos, tanto la personalidad como la autoestima se encuentran anuladas de forma que en ocasiones intentan copiar otros comportamientos para agradar al resto. La tolerancia ante frustraciones suele ser nula y esto produce un grave desequilibrio emocional. Además, utilizan la agresividad como una falta de capacidad para comunicarse o como reflejo de lo que han vivido, quedando incluso esto reflejado en su propia actitud con los demás.

El hecho de que estas personas estén institucionalizadas e internas hace que su única vía de escape para salir del centro sea la familia, aun siendo conscientes de que ese entorno es perjudicial para ellas. Tan fuerte es su deseo de salir que son capaces de aguantar la situación de abuso por no perder el vínculo familiar y así poder salir de su rutina.

Por último, queremos enlazar todo lo anterior diciendo que tienen unas necesidades extras de apoyo psicosocial, las cuales requieren de un trabajo psicológico y afectivo individualizado y exclusivo para estos casos, garantizando así su normalización en las relaciones socio-afectivas, su autoconfianza y el reforzamiento de su autoestima.

Dicho esto, queda afirmada nuestra hipótesis inicial, puesto que una situación de abuso repercute en las relaciones socio-afectivas de la persona con Discapacidad Intelectual en aspectos como: la vulnerabilidad ante otros, la actitud de inseguridad y culpabilidad en los conflictos, el aumento de la empatía en contextos de riesgo, la no aceptación de su realidad, la voluntad incesante de salir del centro y la necesidad de tener a otra persona como referencia y apoyo.

Finalmente, retomando los objetivos propuestos al comienzo de nuestra investigación, podemos verificar éstos de la siguiente manera:

→ *Analizar la influencia del maltrato en las relaciones socio-afectivas de la persona con discapacidad intelectual.*

Queda comprobado que una situación de abuso influye negativamente en las personas con discapacidad intelectual, puesto que éstas ven disminuida su capacidad de relacionarse con su entorno, mostrando una actitud selectiva y defensiva a la hora de tener vínculos de confianza. Por otro lado, esta situación acarrea graves consecuencias a nivel social y personal, ya que presentan dificultades para demostrar afecto y a su vez recibirlo.

- *Comparar las consecuencias en las relaciones socio-afectivas de personas con y sin discapacidad intelectual que hayan o no sufrido maltrato.*

Observando el análisis realizado, vemos que las personas que han sufrido maltrato, a diferencia de las que no lo han sufrido, crean sus propias barreras emocionales, influyendo esto en el rechazo hacia determinados colectivos y en el desarrollo de sus habilidades sociales. Es decir, la situación vivida dificulta que estas personas reaccionen de igual manera a la hora de crear sus redes sociales y de apoyo.

- *Identificar los factores que hacen que las personas con discapacidad intelectual sean más vulnerables.*

Uno de los factores más importantes es la falta de autonomía, puesto que las personas con discapacidad intelectual prefieren en gran parte de los casos tener un apoyo de otra persona para realizar las distintas tareas o actividades. El gran peligro es dejar a un lado la asertividad, puesto que con esta dependencia hacia otros, suelen dejar de lado los intereses propios. Por otro lado, la falta de credibilidad es un factor de riesgo, ya que la sociedad cuestiona las habilidades y capacidades de estas personas. También señalamos a la par de esto último las limitaciones en la comunicación que puedan presentar.

Además, factores externos como la problemática social que les acompañe o incluso la exclusión social que puedan estar viviendo, son también grandes condicionantes a la hora de evaluar la vulnerabilidad de estas personas. Esto se multiplica en el caso de tratarse de mujeres, puesto que hemos visto que en el caso de sufrir algún abuso, se refleja una doble vulnerabilidad.

- *Analizar las limitaciones que las personas con discapacidad intelectual puedan presentar en el ámbito personal y en sus relaciones con los demás.*

La mayor limitación que hemos podido encontrar a través de nuestro análisis es la falta de técnicas comunicativas así como la necesidad de un aprendizaje afectivo, puesto que es un

tema que se ha comenzado a tratar recientemente. En ocasiones, las personas con discapacidad intelectual no saben diferenciar un contacto adecuado de uno abusivo, por lo que tienden a ser menos receptivos hacia nuevas amistades.

Respecto al ámbito personal, observamos grandes dificultades en sus habilidades adaptativas, puesto que cualquier cambio les afecta considerablemente y llegan a sentirse inseguros; así como en saber tomar sus propias decisiones, ya que requieren de un apoyo extra en su día a día.

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA

Vemos como las personas con Discapacidad Intelectual tienen necesidades afectivas y sociales diferentes al resto de la población, más aún cuando se trata de quienes han pasado por una situación de abuso y las consecuencias a nivel personal y emocional son realmente visibles.

El miedo, la inseguridad y la baja autoestima están presentes en la mayor parte de éstos, creando así dificultades en su comunicación y en sus relaciones interpersonales. La poca confianza que tienen en las personas de su entorno debido a la situación por la que han pasado hace que creen su propia barrera sentimental y emocional.

Por tanto, las necesidades terapéuticas son muchas, a la par que escasos los programas psicosociales que traten con el ámbito afectivo e interpersonal de este colectivo, debido a que es un tema poco investigado e intervenido.

Una vez dicho esto, y vistas las necesidades nombradas en el apartado anterior de Resultados, nos disponemos a comentar posibles propuestas de intervención que podrían realizarse para mejorar la calidad de vida de las personas con DI, así como las relaciones socio-afectivas de éstas, en especial de las que han pasado por una situación de maltrato y tienen presentes numerosas consecuencias de ello.

En primer lugar, a nivel de usuario, vemos imprescindible un ejercicio de identificación de los sentimientos, así como de aprendizaje de técnicas para saber comunicarlos, reforzando así la seguridad en sus propias capacidades. Además, al tratarse de un colectivo vulnerable, creemos importante el desarrollo de la autoestima y la autoconfianza, para así lograr un completo desarrollo personal y evitar situaciones de frustración. Por otro lado, vemos interesante potenciar el apego con el personal de atención directa, puesto que normalmente actúa como figura de apoyo.

En segundo lugar, en el terreno social, se deberían reforzar las habilidades sociales de estas personas, para que sepan decidir qué quieren y qué no, y con las que aprendan que no están por debajo de nadie, sino que todos somos iguales y no existe esa necesidad de agrado, sino una relación de interés y respeto mutuo. Además, hay que potenciar la red de apoyo de éstos y el desarrollo de vínculos afectivos y de confianza, que garanticen una estabilidad emocional y social, siempre respetando sus espacios y tiempos privados.

En tercer lugar, se valora la reeducación como un factor importante en la vida de estas personas. En ello englobaríamos aspectos como identificar intimidad, contacto y afecto, y aprender a decir que no, desarrollando con esto la asertividad y disminuyendo la deseabilidad social. Por otro lado, cobra

gran importancia la implantación de programas que trabajen la educación afectivo-sexual, con la finalidad de aprender habilidades interpersonales. También la integración es una característica a desarrollar, puesto que el hecho de evitar la exclusión hacia este colectivo debe comenzar por ellos mismos, tratándose de la igualdad entre personas.

En cuarto y último lugar, desde el punto de vista formativo, creemos que es imprescindible realizar actividades socio-afectivas que refuercen la confianza de estas personas en los de su alrededor, fijando así unos límites de afectividad y contacto que hagan entenderles que una buena comunicación es posible y se puede conocer gente que no vaya a hacerles ningún daño, alejando así los prejuicios. Actualmente, existen además pocas actividades alternativas para estas personas que requieran de su participación en la sociedad y eviten el aislamiento en el centro, por lo que se deberían promover. También se debería dar formación a los profesionales en materia de discapacidad, abuso y relaciones socio-afectivas para mejorar el seguimiento de los casos y una mejor calidad de vida de los usuarios. Por último, habría que reforzar una posible intervención con la familia para reconducir la situación en el caso de que se haya producido un abuso intrafamiliar, fijando así figuras protectoras para la persona con discapacidad intelectual y asegurando que ésta no pierda los vínculos familiares y ello afecte a su persona.

6. BIBLIOGRAFÍA

- AAIDD. (2011). *Discapacidad Intelectual. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.
- ADISLI. (4 de diciembre de 2013). *Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Recuperado el 13 de abril de 2016, de <http://adisli.org/ley-general-discapacidad/>
- Alvira Martín, F. (1992). La investigación sociológica. En *Tratado de Sociología I*. Taurus Ediciones.
- ATADES. (2016). *¿Qué es Atades?* Recuperado el 7 de marzo de 2016, de <http://www.atades.com/que-es-atades/>
- ATADES, C. R. (2014). Memoria institucional Ciudad Residencial Sonsoles.
- Bariffi, F. J. (2014). *El régimen jurídico internacional de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad*. Madrid: Ediciones cinco.
- Berastegui Pedro-Viejo, A., & Gómez-Bengoechea, B. (2006). Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión. *Psychosocial Intervention*, 293-306.
- BOA. (2015). *IASS*. Recuperado el 8 de marzo de 2016, de <http://iass.aragon.es/adjuntos/raiz/orden16abril2015accesoacentros.pdf>
- BOE. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Recuperado el 2 de mayo de 2016, de https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2013-12632
- Campo, M. I. (2013). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Informació Psicológica*, 15-19.
- Conafe. (2012). *Hablemos de sexualidad. Guía para Instructores Comunitarios y Promotoras de Educación Inicial*. Recuperado el marzo de 2016, de <http://www.conafe.gob.mx/companero-viaje/conafe-fomento/Documents/hablemos-de-sexualidad.pdf>
- Consejo General de Trabajo Social. (2012). Código Deontológico del Trabajo Social.

- Contreras Jara, G. (2008). *Procesos afectivos*. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Recuperado el 2016, de https://www.ucursos.cl/medicina/2008/2/OBINTPRO1/1/material_docente/previsualizar?id_material=192123
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: S.A. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA DE ESPAÑA.
- Cortés Cortés, M. E., & Iglesias León, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. México: Universidad Autónoma del Carmen.
- De Pablo Hernández, C. (2005). *Educación en sexología y sexualidad humana*. Alcalá La Real (Jaén): Formación Alcalá.
- Dirección General de Personas con Discapacidad. (2012). *Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales*. Recuperado el 4 de mayo de 2016, de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf
- Gutiérrez Bermejo, B. (2010). *Habilidades sociosexuales en personas con discapacidad intelectual*. Madrid: Pirámide.
- Hernán Silva, I. (2014). DSM-5. Nueva clasificación de los trastornos mentales. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 1-66.
- IMSERSO. (3 de septiembre de 2015). *Autonomía Personal y Dependencia. Grado de discapacidad*. Recuperado el 7 de marzo de 2016, de http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm#ancla1
- López Sánchez, F. (2011). *Desarrollo de la planificación y tutorización individual. Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*. Recuperado el 19 de abril de 2016, de <http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26070/Gu%C3%ADa%20afectividad%20felix%20lopez.pdf>

- Lucerga Revuelta, R. (2014). El maltrato en las personas con discapacidad. *Autonomía personal*, 38-41.
- Manzanero, A. L., Recio, M., Alemany, A., & Cendra, J. (2013). *Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual*. Fundación Carmen Pardo-Valcarce. Recuperado el 4 de mayo de 2016, de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26831/atencion_victimizacion_manzanero.pdf
- Muyor Rodríguez, J. (2011). La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos. . *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, 9-33.
- NOMASABUSO. (2013). *Abuso y Discapacidad Intelectual. Orientaciones para la prevención y la actuación*. Recuperado el 4 de abril de 2016, de <http://www.nomasabusos.com/wp-content/uploads/2012/05/Gu%C3%ADa.pdf>
- NOMASABUSO. (2016). *Qué es la UAVDI*. Recuperado el 7 de marzo de 2016, de <http://www.nomasabusos.com/familiares/que-es-la-uavdi/>
- OMS, O. M., & Banco Mundial. (2011). *Informe Mundial sobre la Discapacidad*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Otero Puime, Á., Zunzunegui Pastor, M., Béland, F., Rodríguez Laso, Á., & García de Yébenes y Prous, M. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Fundación BBVA. Recuperado el 2 de mayo de 2016, de http://www.fbbva.es/TLFU/dat/DT_2006_09.pdf
- Pérez Urquía, R. (2014). *Desarrollo de habilidades personales y sociales de las personas con discapacidad*. Logroño (La Rioja): Tutor Formación.
- Plena Inclusión. (s.f). *Qué es discapacidad intelectual*. Recuperado el 31 de marzo de 2016, de <http://www.plenainclusion.org/discapacidad-intelectual/que-es-discapacidad-intelectual>
- Recover, T., & De Araoz, I. (2014). *Las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo ante el proceso penal: análisis sobre la intervención de la personas con discapacidad intelectual o del desarrollo en el proceso penal y el cumplimiento de condenas y medidas de privación de...* Madrid: FEAPS.
- Robledo Martín, J. (2004). Población de estudio y muestreo en la investigación epidemiológica. *Nure Investigación*.

- Rodríguez Vera, F. C. (s.f.). *El dato científico y la matriz de datos*. Recuperado el 9 de junio de 2016, de <https://es.scribd.com/doc/98376627/El-dato-cientifico-y-matriz-de-datos>
- Rodríguez, O., & Frutos, M. J. (2005). *Manual de prevención y detección del maltrato para mujeres con discapacidad psíquica. Manual para docentes*. Recuperado el 10 de mayo de 2016, de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO13133/manual_maltrato_docentes.pdf
- Ruiz, R. (4 de abril de 2016). El «traductor» judicial de la discapacidad intelectual. *La Razón*.
- UAVDI Aragón. (2015). *Plan de la Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual. UAVDI (Atades)*. Recuperado el 8 de marzo de 2016, de <http://www.atades.com/wp-content/uploads/2015/05/plan-UAVDI-DEF.pdf>
- Verdugo Alonso, M. Á. (2003). *Discapacidad y Discapacidad Intelectual: ¿De qué estamos hablando?* Recuperado el 7 de marzo de 2016, de http://www.feaps.org/biblioteca/envejecimiento_ydi/capitulo01.pdf
- Verdugo Alonso, M. Á., & Schalock, R. L. (2010). Últimos avances en el enfoque y concepción de las personas con discapacidad intelectual. *Revista española sobre Discapacidad Intelectual*, 7-21.
- Verdugo, M. Á., Alcedo, M. Á., Bermejo, B., & Aguado, A. L. (2001). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 124-129.

7. ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

7.1. Índice de gráficos

Ilustración 1. ¿Te gusta más estar solo o con gente?	38
Ilustración 2. ¿Qué es para ti que te traten mal?	42

7.2. Índice de tablas

Tabla 1. Muestra de personas sin discapacidad	27
Tabla 2. Muestra de personas con DI	27
Tabla 3. Muestra de personas con DI que han sufrido maltrato	28

8. ANEXOS

8.1. Anexo I. Modelo de consentimiento para la realización de las entrevistas



El proyecto de investigación por el que le pedimos su autorización tiene por título “Las relaciones socio-afectivas de las personas con Discapacidad Intelectual que han sido víctimas de abuso”, el cual está elaborado por dos estudiantes de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza, que a su vez realizaron sus prácticas en esta entidad, para su Trabajo de Fin de Grado.

El objetivo es analizar cómo el abuso en la persona con Discapacidad Intelectual afecta en sus relaciones socio-afectivas y, con ello, realizar una comparativa con personas que no lo han sufrido, tanto con Discapacidad Intelectual como sin ella. Además, en beneficio de ATADES y de este colectivo, así como plantear posibles propuestas de intervención de la problemática para la mejora de sus relaciones socio-afectivas.

Para el estudio se pedirá la participación de alrededor de 20 personas con discapacidad intelectual usuarias de ATADES. Con ello, se pretende analizar la influencia o no de esa victimización en el desarrollo de sus relaciones sociales, partiendo de los indicadores de vulnerabilidad propios de las personas con discapacidad intelectual.

Para la consecución de nuestra investigación, vamos a realizar entrevistas con preguntas genéricas que se centren en las distintas maneras de relacionarse, reaccionar ante distintos hechos, expresar sentimientos y participar en la sociedad. En las siguientes líneas se da por tanto la posibilidad de autorizar a los participantes a realizar estas entrevistas, y seguido, el permiso de utilizar la herramienta de la grabación para facilitar el análisis de éstas, garantizando la total confidencialidad de los datos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/Dña....., mayor de edad, representante legal de, ha sido informado y autoriza a participar en las entrevistas mencionadas anteriormente como muestra del estudio de investigación realizado en conjunto por ATADES y la Universidad de Zaragoza.

Durante el proceso de investigación se recabarán y almacenarán datos personales y se realizarán entrevistas con el representado de la persona firmante, que serán registradas en diferentes soportes para su posterior análisis. De conformidad con lo establecido en la LOPD, ATADES y alumnado de la Universidad de Zaragoza garantizan la adopción de las medidas necesarias para asegurar el tratamiento confidencial de los datos de carácter personal.

Todas las personas implicadas en este proyecto quedan obligadas al secreto profesional y los datos obtenidos serán utilizados con fines docentes, salvaguardando la identidad de las muestras.

Y así lo firma para que conste y surtan los efectos pertinentes, en Alagón a.....de de 2016

Firma del participante

Firma del representante

Y como apoyo a la obtención de datos lo más exacta posible, autoriza además a utilizar la herramienta de la grabación de audio para facilitar la transcripción de la entrevista, siendo esta custodiada por ATADES.

- ☐ Sí
- ☐ No

8.2. Anexo II. Modelo de registro de incidencias

NOMBRE Y APELLIDOS USUARIOS IMPLICADOS			
NOMBRE DE LOS CUIDADORES QUE NOTIFICAN LA INCIDENCIA			
FECHA DETECCIÓN		HORA	
LUGAR DONDE HA SUCEDIDO			
DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA, (CONDUCTA QUE HA MOTIVADO LA MISMA, MODO DE RESOLUCIÓN...)			
ACCIONES INMEDIATAS QUE SE HAN LLEVADO A CABO:			
OBSERVACIONES:			

8.3. Anexo III. Modelo de registro de cuidadores

REGISTRO PARA CUIDADORES Y PROFESIONALES QUE TRABAJAN CON LA VÍCTIMA

Para poder atender eficazmente a la persona que ha sido derivada a la Unidad de Atención a Víctimas, necesitamos que los profesionales o cuidadores que más trabajan con ella cumplimenten los siguientes cuestionarios. Los objetivos principales por los que solicitamos toda esta información son dos:

1. Tener una adecuada valoración de las capacidades que puedan influir en las diferentes fases del proceso forense y judicial (CUESTIONARIO 1).
2. Hacer un adecuado diagnóstico de la problemática principal que acompaña a la víctima y que de empezar un proceso de terapia constituiría uno de los objetivos de terapia (CUESTIONARIO 2).

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre de la institución que deriva: _____

Nombre de la persona de contacto: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Nombre del alumno u usuario para el que se demanda ayuda: _____

Fecha: _____

CUESTIONARIO 1

Nombre del Usuario:

Nombre de la persona que cumplimenta el cuestionario:

Relación con el Usuario:

A continuación se presentan una serie de preguntas acerca de las capacidades de _____. Usted es una persona que le conoce bastante bien por lo que nos puede ayudar a comunicarnos y a entendernos mejor con él/ella. Cualquier información adicional que usted pueda aportar a cada pregunta será muy valiosa.

- 1) ¿Qué discapacidad intelectual tiene?
- 2) ¿Está incapacitado? Total ☐ Parcial ☐ ¿En qué áreas?
- 3) ¿Tiene algún tipo de diagnóstico de enfermedad mental o enfermedad física?
- 4) ¿Toma algún tipo de medicación? ¿Cuál?

5) ¿Qué idioma comprende mejor?

6) EXPRESIÓN: Indique a que nivel de expresión se adecua más el usuario:

a. Mueve la cabeza para responder a preguntas sencillas	b. Formula preguntas simples (por ejemplo: ¿qué es eso?)	c. Es capaz de articular frases complejas mediante las cuales puede contar una pequeña historia.
---	--	--

o) Utiliza otro medio de comunicación diferente al verbal: ¿Cuál?

7) ¿Maneja correctamente términos como “mañana”, “noche” o “ayer”?

8) ¿Cómo es su nivel de conocimiento de la sexualidad humana?

a. Bueno, sus conocimientos se corresponden a los de su edad.	b. Regular, presenta confusión ante algunos conceptos básicos.	c. Malo, desconoce los conceptos básicos.
---	--	---

9) ¿Reconoce en la sexualidad los siguientes elementos implicados: comunicación, placer, intimidad, afecto, compromiso y respeto?

a. Perfectamente.	b. Bastante bien.	c. Con dificultad.	d. No maneja estos conceptos.
-------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

10) ¿Tiene algún problema de visión?

11) ¿Tiene algún problema de audición?

12) ¿Cuánta dificultad tiene para recordar cosas importantes que tiene que hacer?(tomar medicación, hacer tarea en el CO, el camino al CO)

a. Ninguna, es capaz de recordar cosas importantes.	b. Alguna, son pocas las ocasiones que se olvida de cosas importantes que tiene que hacer.	c. Mucha, no es capaz de recordar por si solo cosas importantes que tiene que hacer.
---	--	--

13) ¿Cuánta dificultad tiene para aprender una nueva tarea, como por ejemplo llegar a un lugar en donde nunca ha estado?

a. Ninguna, es capaz de aprender tareas nuevas con facilidad.	b. Alguna, es capaz de aprender tareas nuevas pero con pocos apoyos.	c. Bastante, es capaz de aprender tareas nuevas aunque la necesidad de apoyos es grande.	d. Mucha, tiene una gran dificultad para aprender tareas nuevas aunque cuente con los apoyos necesarios.
---	--	--	--

14) ¿Inventa historias o acontecimientos y/o exagera experiencias que ha vivido?

En caso de que así sea, ¿estas historias inventadas las vive como reales?

15) ¿Presenta extrañas creencias inquebrantables que resultan imposibles o que son mentira. Por ejemplo, creer que tiene poderes especiales, que algo está controlando su mente, que alguien intenta hacerle daño?

a. Nunca expresa ideas de este tipo.	b. Ocasionalmente.	c. Con bastante frecuencia, una vez a la semana.	d. Muy frecuentemente, prácticamente todos los días.
--------------------------------------	--------------------	--	--

16) ¿Cuánta dificultad tiene para relacionarse con personas que no conoce?

a. Excesiva facilidad, se muestra demasiado desinhibido ante personas que acaba de conocer	b. Ninguna dificultad, es capaz de relacionarse sin dificultad con cualquier persona.	c. Alguna dificultad, es capaz de relacionarse con un desconocido aunque en los primeros momentos (minutos, horas) se muestra más retraído o distante de lo normal en él/ella	d. Bastante, es capaz de relacionarse con un desconocido aunque tarda bastante (horas, días) en mostrarse tal y como él /ella es.	e. Mucha, no es capaz de relacionarse con un desconocido hasta que ha mantenido una relación durante días o semanas.
--	---	---	---	--

17) ¿Es capaz de comunicar ante algún profesional o familiar alguna injusticia cometida contra él o contra algún compañero del CO?

a. Perfectamente.	b. Con dificultad	c. No es capaz
-------------------	-------------------	----------------

18) ¿Se comporta adecuadamente con las distintas personas en función de sus diferentes relaciones afectivas: amigos, padres, pareja, profesionales...?

a. Perfectamente.	b. Bastante bien.	c. Con dificultad.	d. No diferencia.
-------------------	-------------------	--------------------	-------------------

19) ¿Identifica sus propias necesidades afectivas (con quien quiere estar, quien quiere, quien le quiere)?

a. Perfectamente.	b. Bastante bien.	c. Con dificultad.	d. No maneja estos conceptos.
-------------------	-------------------	--------------------	-------------------------------

20) ¿Se comporta de manera desconfiada, sospechando de todo, como si alguien estuviera intentado hacerle daño o hablando de él?

a. No, nunca	b. Alguna vez se muestra receloso y desconfiado.	c. Bastantes veces se muestra receloso y desconfiado.	d. Siempre desconfía de los demás.
--------------	--	---	------------------------------------

21) ¿Ofrece ayuda a otras personas (ejemplos: mantiene la puerta abierta para que pase otra persona o recoge un objeto del suelo que se le ha caído a alguien)?

22) ¿Tiene conocimiento acerca de las siguientes facetas de las relaciones sexuales? (en caso de no saber si lo tiene, no contestar)

a. ¿Entiende lo que son las relaciones sexuales? Si no

b. ¿Conoce las razones por las cuales tenemos relaciones sexuales (placer, disfrute, pareja, intimidad, procreación, etc)?
Si no

c. ¿Conoce las posibles consecuencias de las relaciones sexuales (como el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual)? Si no

23) En el último mes, ¿cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas, deportes u otras actividades)?

a. Ninguna, su nivel de participación en la comunidad es como el resto de las personas.	b. Alguna, su nivel de participación en la comunidad es como el resto de las personas aunque manifiesta algún tipo de preocupación.	c. Bastante, intenta mantenerse aislado aunque ocasionalmente participa de las actividades de la comunidad.	d. Mucha, no es capaz de formar parte de las actividades comunitarias.
---	---	---	--

24) ¿Es capaz de expresar sus intereses, pensamientos o deseos a pesar de que estos entren en conflicto con los de otras personas (familia, compañeros...)?

a. Perfectamente.	b. Bastante bien.	c. Con dificultad.	d. No es capaz de expresarlos si entran en conflicto con otra persona.
-------------------	-------------------	--------------------	--

25) ¿Tiene dificultades de atención?

a. Ninguna, es capaz de prestar atención a la misma tarea durante tiempos largos (más de 40 min)	b. Alguna, tiene dificultades para prestar atención a la misma tarea durante periodos largos.	c. Bastante, tiene dificultades para prestar atención a la misma tarea durante periodos cortos (menos de 20 min)	d. Mucha, no es capaz de prestar atención a la misma tarea durante periodos cortos.
--	---	--	---

26) ¿Es muy rígido/a con sus horarios o rutinas, es decir, sacarle/a de los mismos puede alterarle/a?

a. Para nada, se adapta sin problemas a cambios en sus rutinas.	b. Es algo rígido/a. Cambiarle sus rutinas puede provocarle una ligera molestia.	c. Bastante, cambiarle sus rutinas o horarios puede alterarle bastante.	d. Es muy rígido/a. Sacarle de sus horarios o rutinas le altera mucho.
---	--	---	--

OTRAS OBSERVACIONES RELEVANTES ACERCA DE SUS CAPACIDADES:

CUESTIONARIO 2

A continuación van a aparecer una serie de preguntas acerca del estado anímico, conductual y emocional de la persona que ha sido derivada a la Unidad de Atención a Víctimas. Una vez más, el objetivo de disponer de toda esta información es contar con un adecuado diagnóstico que nos permita completar toda la información necesaria para el proceso forense y/o terapéutico.

Nombre de la víctima (x):

Nombre del profesional o profesionales que cumplimentan el cuestionario:

¿Cuál es tu relación con x?:

1. ¿Ha notado algún cambio en x recientemente? Por favor, explique qué cambio ha notado, tanto en estado de ánimo como en comportamiento_____

2. ¿Parece x deprimido/a?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

3. ¿Se muestra agresivo, grita, golpea, insulta sin motivo aparente, discute sin motivo aparente, pelea?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

4.¿Muestra alguno de los siguientes indicadores de baja autoestima? (subrayar los que presente)

-Autocrítica dura y/o excesiva.

-Hipersensibilidad a la crítica.

-Tiende a echar la culpa de los fracasos y las frustraciones a los demás

-Indecisión crónica.

-Deseo innecesario por complacer.

-Perfeccionismo.

-Se acusa y se condena respecto de conductas que no siempre son objetivamente malas.

-Hostilidad flotante.

-Tendencia defensiva

En caso de haber subrayado alguna, marcar la opción que más se ajuste a la temporalidad de presencia:

Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde
------------------------	------------------	--

5. ¿Muestra miedos injustificados o siente que su integridad física está amenazada?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

6.¿Tiene dificultades en las relaciones interpersonales, pareciendo reservado, tímido o manteniéndose generalmente alejado de los otros?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

7. ¿Muestra, de un tiempo a esta parte, un descenso en su rendimiento académico o laboral?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

En caso de sí, dicho descenso, ¿se manifiesta en alguno de los siguientes aspectos?(subrayar los que se ajusten a la realidad de x)

-Muestra, de un tiempo a esta parte, un déficit en los procesos de atención, memoria o comprensión

-Muestra, de un tiempo a esta parte, mayor dificultad en la expresión verbal.

-Muestra, de un tiempo a esta parte, problemas en la articulación del lenguaje.

8. ¿Ha tenido uno ó más episodios de convulsión no orgánica (las convulsiones no responden a un ataque epiléptico)?

En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde
----------------	------------------------	------------------	--

9. ¿Verbaliza haber estado consumiendo alcohol o drogas o viene al colegio, centro de trabajo en estado de embriaguez o bajo los efectos de las drogas?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

10. ¿Se ha escapado de casa o de la residencia donde vive?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

11. ¿Ha llevado a cabo hurto/s en el colegio, centro de trabajo o en su casa?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

12. ¿Muestra conductas y/o expresión verbal acorde a fases evolutivas ya superadas o infantiles o ha tenido una pérdida de control de esfínteres?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

13. ¿Muestra algún tipo de trastorno de la alimentación? Subrayar las que presenta:

-Ha dejado de comer

-Ingestión excesiva de comida

-Ingestión de cosas que no son alimentos.

-Anorexia

-Bulimia

En caso de haber subrayado alguna, estas conductas aparecen:

Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde
------------------------	------------------	--

14. ¿Muestra un comportamiento sexualizado en las relaciones?

No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
----------	------------	------------------

En caso de sí, subrayar si se manifiesta en alguna de las siguientes formas:

- Hace confidencias, insinuaciones o comentarios de alto contenido sexual, pudiendo llegar a ofender.
- Comportamientos y lenguaje de alto contenido sexual. En su relación con los otros muestra conductas con caracterizadas por su sensualidad y sexualidad.
- Dibujos de contenido sexual
- Promiscuidad sexual.
- Sucesivos encuentros sexuales fugaces.
- Conductas exhibicionistas.
- Masturbación compulsiva

En caso de haber subrayado alguna de estas formas, se manifiesta:

Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde
------------------------	------------------	--

15. ¿Muestra repulsa por todo lo que tiene que ver con la sexualidad o evita cualquier contacto sexual?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

16. ¿Tiene quejas somáticas, como dificultades para andar o sentarse, Picor o dolor en la zona genital o anal, Infecciones vaginales, Dolores estomacales, de cabeza, nauseas, mareos o vómitos ?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

17. ¿Muestra alteraciones del sueño, quedándose dormido durante las actividades diarias, con dificultad para conciliar el sueño, con frecuentes despertares nocturnos o con frecuentes pesadillas?

	No,nunca	Sí a veces	Sí siempre/mucho
En caso de sí,	Desde que le conocemos	En el último año	De un tiempo a esta parte, aproximadamente desde

18. PROBLEMAS DE CONDUCTA: indique si esta persona muestra problemas de conducta en cada una de las categorías. Si la respuesta es “sí” describa el problema principal e indique la frecuencia, gravedad y desde cuándo presenta esta problema.

18.1 COMPORTAMIENTO AUTOLESIVO O DAÑO A SÍ MISMO (se hace daño en su propio cuerpo, por ejemplo, golpeándose, dándose cabezazos, arañándose, cortándose o pinchándose, mordiéndose, frotándose la piel, tirándose del cabello, pellizcándose o mordiéndose las uñas)

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal: _____

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad: ¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año
2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
4 de una a diez veces al día	4 extremadamente grave; es un problema crítico	
5 una o más veces en una hora		

18.2. HETEROAGRESIVIDAD O DAÑO A OTROS: causa dolor físico a otras personas o a animales , por ejemplo: golpeando, dando patadas, mordiendo, pinchando, arañando, tirando del pelo, golpeando con otro objeto.

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal: _____

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad: ¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año
2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
4 de una a diez veces al día	4 extremadamente grave; es un problema crítico	
5 una o más veces en una hora		

18.3. DESTRUCCIÓN DE OBJETOS: intencionadamente rompe, estropea o destruye cosas, por ejemplo golpeando, rasgando, o cortando, tirando quemando, picando o rayando.

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal:

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad: ¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año
2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
4 de una a diez veces al día	4 extremadamente grave; es un problema crítico	
5 una o más veces en una hora		

18.4. CONDUCTA DISRUPTIVA: interfiere las actividades de otros, por ejemplo, abrazándose en exceso a otros, acosándoles o importunándoles, discutiendo o quejándose, buscando pelea, riéndose o llorando sin motivo, interrumpiendo, gritando o chillando

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal:

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad: ¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año
2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
4 de una a diez veces al día	4 extremadamente grave; es un problema crítico	
5 una o más veces en una hora		

18.5 HÁBITOS ATÍPICOS Y REPETITIVOS (ESTEREOTIPIAS) :son conductas poco usuales, extrañas, que se repiten una y otra vez, por ejemplo, ir y venir por la habitación, balancearse, torcerse los dedos, chuparse sus manos u otros objetos, dar sacudidas con partes de su cuerpo (tics nerviosos), hablar solo/a, rechinar los dientes, comer tierra u otros objetos, comer excesivamente poco o de manera exagerada, mirar fijo a un objeto o al vacío, hacer muecas o ruidos extraños.

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal:

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad:¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año
2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
4 de una a diez veces al día	4 extremadamente grave; es un problema crítico	
5 una o más veces en una hora		

18.6 CONDUCTA SOCIAL OFENSIVA: son conductas que ofenden a otros - por ejemplo: hablar en voz muy alta, blasfemar o emplear un lenguaje soez, mentir, acercarse demasiado o tocar en exceso a otros, amenazar, decir tonterías, escupir a otros, meterse el dedo en la nariz, eructar, expeler ventosidades, tocarse los genitales, orinar en lugares públicos o no apropiados.

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal:

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad:¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año
2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
	4 extremadamente grave; es un problema	

4 de una a diez veces al día	crítico	
5 una o más veces en una hora		

18.7 RETRAIMIENTO O FALTA DE ATENCIÓN: Son problemas de falta de relación con otros o de no prestar atención – por ejemplo: mantenerse alejado/a de otras personas, expresar temores poco corrientes, mostrarse muy inactivo/a, mostrarse triste o preocupado/a, demostrar muy poca concentración en diversas actividades, dormir excesivamente, hablar negativamente de si mismo/a-.

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal:

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad: ¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año
2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
4 de una a diez veces al día	4 extremadamente grave; es un problema crítico	
5 una o más veces en una hora		

18.8 CONDUCTAS NO COLABORADORAS: Son conductas en las que la personas no colabora – por ejemplo: negarse a obedecer, no hacer sus tareas o no respetar las reglas: actuar de forma desafiante o poner mala cara, negarse a asistir a la escuela o al trabajo; llegar tarde a la escuela o al trabajo, negarse a compartir o esperar su turno, engañar, robar, o no respetar la ley-.

Si la respuesta es “sí”, describa el problema principal:

Si la respuesta es “no” marque (0) para frecuencia y *no es grave* para gravedad.

Frecuencia: ¿cuántas veces ocurre esto?	Gravedad: ¿cuál es la gravedad del problema causado por esta conducta?	Temporalidad: ¿desde cuándo presenta este problema?
0 nunca	0 no es grave; no es un problema	1 desde que le conocemos
1 menos de una vez al mes	1 ligeramente grave; es un problema leve	2 en el último año

2 de una a tres veces al mes	2 medianamente grave; es un problema modera	3 de un tiempo a esta parte, aproximadamente desde hace
3 de una a seis veces por semana	3 muy grave; es un problema grave	
4 de una a diez veces al día	4 extremadamente grave; es un problema crítico	
5 una o más veces en una hora		

Muchas gracias. Estamos en contacto

8.4. Anexo IV. Modelo de ficha de derivación

FECHA DE DERIVACIÓN:

Nº de identificación: (No rellenar) _____

DATOS INSTITUCIÓN QUE DERIVA	
Organización que deriva:	
Persona de contacto:	Cargo:
Teléfono:	Email:
Relación con la persona derivada:	


DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA DERIVADA	
Nombre y apellidos:	
Edad:	
Dirección:	
Teléfono:	
Tipo de Discapacidad / CI:	
Situación legal: <input type="checkbox"/> Menor de edad <input type="checkbox"/> Mayor de edad <input type="checkbox"/> Incapacitado totalmente <input type="checkbox"/> Incapacitado parcialmente Especificar): _____	
<i>RELLENAR EN CASO DE QUE LA PERSONA AFECTADA SEA MENOR DE EDAD O INCAPACITADA LEGALMENTE</i>	
Nombre y Apellidos Tutor o Representante legal:	
Relación con la persona afectada:	
Dirección:	
Teléfono:	Email:

DATOS RELATIVOS A LA SITUACIÓN DE RIESGO Y/O ABUSO

Desde cuando se conoce la situación: _____

Convive con el supuesto autor: ☒ Sí
☐ No
☐ Ocasionalmente (Especificar)_____

Existen informes médicos: ☐ Sí (*adjuntar a la ficha de derivación*)
☐ No

Situación actual:  Denunciado (*adjuntar a la ficha de derivación, detallar l*
ugar y fechas)

- Dependencia Policial: _____
- Notificación Fiscalía: _____
- Juzgado: _____

 Sin denunciar

¿Quién denuncia? (detallar nombre, relación y contacto)_____

Estado proceso judicial (*si procede*): ☐ Instrucción (*investigación*)
☐ Juicio Oral
☐ Archivado / Sobreseído

Información relativa a la situación de riesgo y/o abuso: *(detallar lo máximo posible)*

DATOS SOCIALES

Información familiar: (*genograma, historia e información relevante*)

OTRA INFORMACIÓN A DESTACAR

8.5. Anexo V. Modelo de consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO (MENORES O INCAPACITADOS):

D./Dña., mayor de edad,
representante legal de, autoriza a los
responsables de la *Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual* de la Fundación
Carmen Pardo-Valcarce a intervenir desde un marco forense y/o terapéutico.

Durante el proceso de intervención se recabarán y almacenarán datos personales, y se realizarán
entrevistas con el representado de la persona firmante y/o su familia y/o tutores/educadores, que
pueden ser registradas en diferentes soportes audiovisuales para su posterior análisis. De
conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter
Personal, la utilización y el tratamiento de dichos datos y registros quedan exclusivamente
autorizados bajo las siguientes condiciones:

1. Todas las personas implicadas en el proceso de intervención forense y terapéutica quedan
obligadas al secreto profesional y al respeto de las disposiciones legales vigentes.
2. Los registros audiovisuales podrán ser aportados durante los procesos policiales y
judiciales si las autoridades pertinentes así lo consideran.
3. Los registros audiovisuales podrán ser utilizados con fines docentes, únicamente por los
profesionales de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce, y siempre salvaguardando la
identidad del paciente.
4. La Fundación Carmen Pardo-Valcarce se responsabiliza de la custodia y tratamiento de los
datos personales y los registros de las entrevistas, que serán incorporados a un fichero
automatizado destinado a tal fin.
5. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición
de forma gratuita, dirigiéndose a la *Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad
Intelectual*.

Y así lo firma para que conste y surta los efectos oportunos en Madrid, a de
de

Fdo.

.....

.....

Responsable Unidad de Atención a Víctimas

CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS):

D./Dña., mayor de edad, autoriza a los responsables de la *Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual* de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce a intervenir desde un marco forense y/o terapéutico.

Durante el proceso de intervención se recabarán y almacenarán datos personales, y se realizarán entrevistas con la persona firmante y/o su familia y/o tutores/educadores, que pueden ser registradas en diferentes soportes audiovisuales para su posterior análisis. De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, la utilización y el tratamiento de dichos datos y registros quedan exclusivamente autorizados bajo las siguientes condiciones:

1. Todas las personas implicadas en el proceso de intervención forense y terapéutica quedan obligadas al secreto profesional y al respeto de las disposiciones legales vigentes.
2. Los registros audiovisuales podrán ser aportados durante los procesos policiales y judiciales si las autoridades pertinentes así lo consideran.
3. Los registros audiovisuales podrán ser utilizados con fines docentes, únicamente por los profesionales de la Fundación Carmen Pardo-Valcarce, y siempre salvaguardando la identidad del paciente.
4. La Fundación Carmen Pardo-Valcarce se responsabiliza de la custodia y tratamiento de los datos personales y los registros de las entrevistas, que serán incorporados a un fichero automatizado destinado a tal fin.
5. El interesado podrá ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de forma gratuita, dirigiéndose a la *Unidad de Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual*.

Y así lo firma para que conste y surta los efectos oportunos en Madrid, a de de

Fdo.

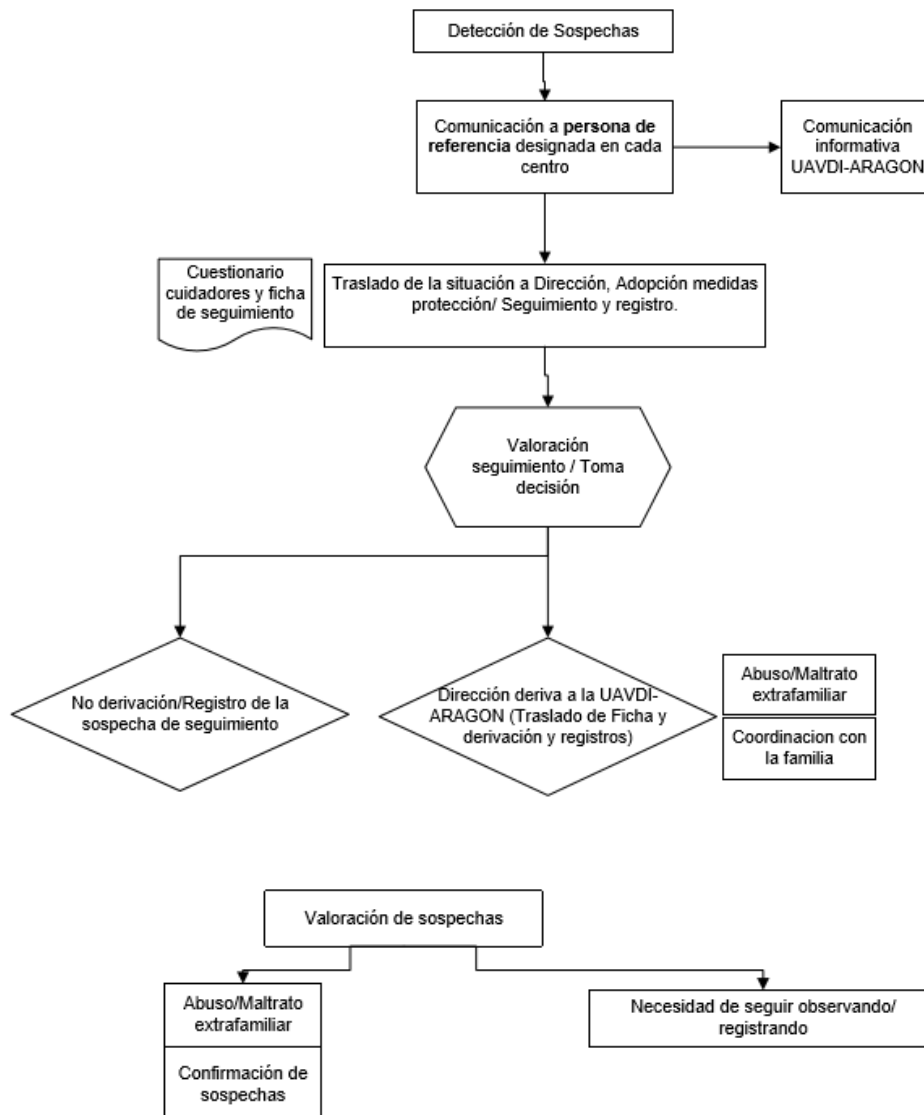
.....

.....

Responsable Unidad de Atención a Víctimas

8.6. Anexo VI. Esquema del protocolo interno de Atades ante una sospecha de abuso

PROTOCOLO INTERNO-ATADES-ACTUACIÓN ANTE SOSPECHAS DE ABUSOS



Valoración de la situación de riesgo
Decisión de denunciar
Acompañamiento a los servicios médicos, sociales o terapéuticos.
Acompañamiento en el proceso penal
Seguimiento

Persona de referencia

- Santo Ángel/Sonsoles/San Martín/Atentia/CCEO— Psicólogo/a -TS.
- San Antonio: Dirección.
- Integra: Dirección.
- CTL Los Tigres: Responsables CTL.
- El Vergel: Dirección.
- Gardeniers: Dirección (área Jardinería/área agricultura; seguimiento Encargado Jardinería/ Encargado nave)

8.7. Anexo VII. Entrevista a una persona con DI

ENTREVISTA N°	
SEXO	Mujer
EDAD	49 años
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	83% - Deficiencia Mental Ligera
TIPO DE DISCAPACIDAD	Intelectual
GRADO DE DEPENDENCIA	Grado II
TIPO DE MALTRATO SUFRIDO	

- **TIPO DE DERIVACIÓN DEL CASO:**

Caso derivado del Centro Santo Ángel de Atades, donde ocupaba plaza de Centro Ocupacional. Su madre ya no podía hacerse cargo de ella ya que su padre se encontraba enfermo, por lo que la internan en Sonsoles.

- **SITUACIÓN SOCIAL, JURÍDICA Y SANITARIA:**

La usuaria tiene una actitud educada y respetuosa con sus compañeros, siendo la convivencia muy buena con éstos. Su ánimo se encuentra muy afectado desde el fallecimiento de su padre.

Se encuentra incapacitada judicialmente a cargo de su hermana.

No existen datos significativos en relación a su situación sanitaria.

- **SEGUIMIENTO/ACOGIDA:**

Al principio le costó asimilar el cambio de Centro Ocupacional al internamiento en residencia, pero actualmente se encuentra muy integrada. Recibe sesiones de terapia para afrontar la pérdida de su padre.

• **ENTREVISTA:**

1. ¿TIENES AFICIONES O HOBBIES?

- Sí
- Jugar al tetrax, hacer cuadros con papel cuadriculado, pintar mandalas y participar en el teatro

2. ¿TE GUSTA REALIZAR ACTIVIDADES DE OCIO CON OTRAS PERSONAS? (SALIDAS, EXCURSIONES, JUEGOS...) SI ES ASÍ, ¿QUÉ ACTIVIDADES Y CON QUIÉN?

- Sí
- Las que hacemos en el centro

3. ¿QUÉ ES PARA TI SER CARIÑOSO/A? ¿Y AMABLE? ¿TE GUSTA SER CARIÑOSO/A Y AMABLE CON OTRAS PERSONAS?

- Relacionarme con los demás y dar caricias
- Ayudar
- Depende de con quién

4. ¿TE GUSTA MÁS ESTAR CON GENTE O SOLO/A?

- Depende. Cuando estoy enfadada me gusta estar sola porque sino salto.

5. ¿CÓMO TE GUSTA MÁS HACER LAS COSAS, SOLO/A O CON APOYO?

- Según qué cosas, ahora mismo me duele mucho el brazo y me tienen que ayudar a veces.

6. ¿TOMAS TUS PROPIAS DECISIONES? SI ES ASÍ, ¿CUÁLES?

- Soy capaz de tomar decisiones sola pero si no estoy segura pido ayuda a mamá. Algunas cosas del centro también las deciden los monitores

7. ¿QUÉ ES PARA TI LA TRISTEZA? ¿Y LA ALEGRÍA? ¿Y EL ENFADO?

- Verte desamparada, la muerte de seres queridos, la soledad, estar aquí internada...
- Noticias buenas, algún nacimiento
- Que me inflen las narices, ver que no tengo razón

8. ¿SABES RECONOCER CUÁNDO TE SIENTES TRISTE, CONTENTO/A O ENFADADO/A? ¿LO COMPARTES CON ALGUIEN?

- Sí
- Según qué problemas tengo me los guardo y se los digo a mamá, sino se los digo a mis compañeras según la confianza que tenga

9. ¿NOTAS CUANDO OTRAS PERSONAS ESTÁN CONTENTAS? ¿Y ENFADADAS? ¿Y TRISTES? ¿Y TÚ QUÉ HACES?

- Sí
- Si están contentos me alegro por ellos. Si están tristes les doy mimos y ánimos. Si están enfadados pongo paz

10. CUANDO TIENES PROBLEMAS, ¿ACUDES A ALGUIEN? ¿A QUIÉN?

- A veces lo cuento, otras no y me pillo un berrinche en mi cuarto. Mi madre es mi mayor apoyo.

11. ¿TE GUSTA AYUDAR A OTRAS PERSONAS CUANDO LO NECESITAN?

- Sí

12. ¿QUÉ ES PARA TI QUE TE TRATEN MAL? ¿QUÉ SIENTES CUÁNDO LO HACEN? ¿QUÉ HACES?

- Nunca me han tratado mal
- Me enfadaría y lloraría

13. ¿ERES FELIZ? ¿QUÉ ES PARA TI SER FELIZ?

- Sí
- Estar contenta y olvidarme de los problemas, juntarme con la familia

14. ¿TE GUSTA MÁS ESTAR SOLO O CON GENTE?

- Depende

15. ¿CÓMO TE GUSTA MÁS HACER LAS COSAS, CON APOYO O SOLO/A?

- Si me duele el brazo necesito ayuda, sino sola.

16. ¿TE SIENTES QUERIDO/A? ¿POR QUIÉN? ¿TE SIENTES RECHAZADO/A? ¿POR QUIÉN?

- Sí
- Por quien me trata bien y los que son mis amigos
- Nunca

17. CUANDO HAY UNA PELEA O DISCUSIÓN, ¿CÓMO TE SIENTES? ¿QUÉ HACES?

- Pongo paz, les digo “calmaros y no peleéis, hacedlo por vuestros familiares y amigos”

8.8. Anexo VIII. Entrevista a una persona con DI víctima de maltrato

ENTREVISTA N°	
SEXO	Mujer
EDAD	19 años
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	72% - Retraso mental ligero
TIPO DE DISCAPACIDAD	Intelectual
GRADO DE DEPENDENCIA	Grado II
TIPO DE MALTRATO SUFRIDO	Físico y psicológico - Intrafamiliar

- **TIPO DE DERIVACIÓN DEL CASO:**

Es el primer caso de UAVDI. Caso derivado desde la Rivera Alta donde los Servicios Sociales gestionaron acogimiento en centro tras sufrir malos tratos (violencia doméstica) por parte de su figura paterna, derivando esto en una orden de alejamiento y prohibición de aproximarse éste último a menos de 100 metros así como comunicarse con la víctima.

- **SITUACIÓN SOCIAL, JURÍDICA Y SANITARIA:**

Desde su ingreso en el centro, la usuaria se ha adaptado muy bien, mostrando un carácter colaborador y participativo. Refleja una actitud inmadura para su edad y es sensible a refuerzos sociales y afectivos. Su nivel de frustración es bajo puede manifestar pensamientos negativos y obsesivos. Necesita ser supervisada para evitar que se autolesione.

A nivel jurídico, incapacitada judicialmente. Su defensora judicial es la Fundación Tutelar FUNDAT. Tiene una orden de ordenamiento y protección judicial en plaza privada en ATADES.

No existen observaciones sanitarias específicas.

- **SEGUIMIENTO/ACOGIDA:**

Ingresa en el centro el 1 de abril de 2015.

Se encuentra integrada en el taller ocupacional, realizando actividades laborales.

Desde Trabajo Social se evita el contacto con la familia y desde el Departamento de Psicología se trabaja el área afectiva.

- **ENTREVISTA:**

1. ¿TIENES AFICIONES O HOBBIES?

- Sí.
- Salir, la música, pintarme la cara, manualidades, hablar con la gente y ser escuchada.

2. ¿TE GUSTA REALIZAR ACTIVIDADES DE OCIO CON OTRAS PERSONAS? (SALIDAS, EXCURSIONES, JUEGOS...) SI ES ASÍ, ¿QUÉ ACTIVIDADES Y CON QUIÉN?

- Sí
- Me gusta ir al taller de Paco a hacer manualidades.

3. ¿QUÉ ES PARA TI SER CARIÑOSO/A? ¿Y AMABLE? ¿TE GUSTA SER CARIÑOSO/A Y AMABLE CON OTRAS PERSONAS?

- Los besos, las caricias y abrazos
- Compartir
- Sí

4. ¿TE GUSTA MÁS ESTAR CON GENTE O SOLO/A?

- Con gente

5. ¿CÓMO TE GUSTA MÁS HACER LAS COSAS, SOLO/A O CON APOYO?

- Las dos. Primero sola, pero si me encuentro mal necesito apoyo.

6. ¿TOMAS TUS PROPIAS DECISIONES? SI ES ASÍ, ¿CUÁLES?

- Algunas veces sí y otras no.
- Por ejemplo las amistades las elijo yo pero las cosas de ropa y de actividades las elige la monitora.

7. ¿QUÉ ES PARA TI LA TRISTEZA? ¿Y LA ALEGRÍA? ¿Y EL ENFADO?

- Cuando alguien está triste, yo me pongo triste. Cuando me insultan, me duele, me afecta, lloro, me siento sola. No me gusta la gente. Echo de menos mi vida de antes, la libertad.
- Cuando veo a la gente feliz, empiezo a cantar
- Igual que la tristeza, cuando me insultan o se meten conmigo.

8. ¿SABES RECONOCER CUÁNDO TE SIENTES TRISTE, CONTENTO/A O ENFADADO/A? ¿LO COMPARTES CON ALGUIEN?

- Sí
- Lo comparto con mis amigos.

9. ¿NOTAS CUANDO OTRAS PERSONAS ESTÁN CONTENTAS? ¿Y ENFADADAS? ¿Y TRISTES? ¿Y TÚ QUÉ HACES?

- Sí
- Si son compañeras mías, les apoyo, les ayudo y les trato de animar. Si están contentas canto.

10. CUANDO TIENES PROBLEMAS, ¿ACUDES A ALGUIEN? ¿A QUIÉN?

- No, me lo guardo porque tengo miedo a que me peguen. Es muy arriesgado, no quiero que lo cuenten y me echen la culpa.

11. ¿TE GUSTA AYUDAR A OTRAS PERSONAS CUANDO LO NECESITAN?

- Hay gente que no se deja ayudar, pero si lo consigo me siento mejor persona.

12. ¿QUÉ ES PARA TI QUE TE TRATEN MAL? ¿QUÉ SIENTES CUÁNDO LO HACEN? ¿QUÉ HACES?

- Casi todo el mundo me trata mal. Cuando me pegan, me insultan, me estiran de los pelos, se portan mal conmigo, me roban cosas de la habitación.
- Como si me han roto en pedazos. No me gusta que me peguen, me contesten y me insulten. No quiero que me digan lo que tengo que hacer.
- Ponerme a llorar, me duele. Cuando me dicen palabrotas o me tratan mal no hago nada, estoy acostumbrada. Se quieren vengar de mí porque me odian. La gente dice cosas negativas de mí y los monitores no hacen nada.

13. ¿ERES FELIZ? ¿QUÉ ES PARA TI SER FELIZ?

- Sí, soy feliz
- Todo, compartir, amigos.

14. ¿TE GUSTA MÁS ESTAR SOLO O CON GENTE?

- Con gente, aunque a veces me gusta estar sola para descargar mis nervios.

15. ¿CÓMO TE GUSTA MÁS HACER LAS COSAS, CON APOYO O SOLO/A?

- Si puedo sola, sino pido ayuda.

16. ¿TE SIENTES QUERIDO/A? ¿POR QUIÉN? ¿TE SIENTES RECHAZADO/A? ¿POR QUIÉN?

- Sí
- Por mis amigas
- Sí
- Por las personas que se portan mal conmigo

17. CUANDO HAY UNA PELEA O DISCUSIÓN, ¿CÓMO TE SIENTES? ¿QUÉ HACES?

- Si es alguien de mi entorno a la que quiero, la defiendo.

8.9. Anexo IX. Entrevista a una persona sin discapacidad

ENTREVISTA N°	
SEXO	Hombre
EDAD	25 años
PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	-
TIPO DE DISCAPACIDAD	-
GRADO DE DEPENDENCIA	-
TIPO DE MALTRATO SUFRIDO	-

- **TIPO DE DERIVACIÓN DEL CASO:** -
- **SITUACIÓN SOCIAL, JURÍDICA Y SANITARIA:** -
- **SEGUIMIENTO/ACOGIDA:** -

• **ENTREVISTA:**

1. **¿TIENES AFICIONES O HOBBIES?**

- Sí
- El mundo del motor, la naturaleza, el deporte, los juegos y la música.

2. **¿TE GUSTA REALIZAR ACTIVIDADES DE OCIO CON OTRAS PERSONAS? (SALIDAS, EXCURSIONES, JUEGOS...) SI ES ASÍ, ¿QUÉ ACTIVIDADES Y CON QUIÉN?**

- Sí
- Tomar algo con mis amigos, hacer cosas con mi pareja, pescar, la micología, el senderismo...

3. ¿QUÉ ES PARA TI SER CARIÑOSO/A? ¿Y AMABLE? ¿TE GUSTA SER CARIÑOSO/A Y AMABLE CON OTRAS PERSONAS?

- Lo que nos hace humanos, tener gestos de cariño, ser comprensivo, tolerante, amigable y tierno.
- Ser generoso con la gente y educado sin pensar en mi interés propio.
- Sí

4. ¿TE GUSTA MÁS ESTAR CON GENTE O SOLO/A?

- Depende de la situación y el estado de ánimo, hay momentos para todo.

5. ¿CÓMO TE GUSTA MÁS HACER LAS COSAS, SOLO/A O CON APOYO?

- Según la situación, si necesito ayuda la pido.

6. ¿TOMAS TUS PROPIAS DECISIONES? SI ES ASÍ, ¿CUÁLES?

- Sí
- Todas las del día a día

7. ¿QUÉ ES PARA TI LA TRISTEZA? ¿Y LA ALEGRÍA? ¿Y EL ENFADO?

- Dependen de lo que ocurre a tu alrededor. Estar separado de la pareja o de familiares y personas con vínculos afectivos.
- Una clave para ser feliz
- Discrepancia en la vida

8. ¿SABES RECONOCER CUÁNDO TE SIENTES TRISTE, CONTENTO/A O ENFADADO/A? ¿LO COMPARTES CON ALGUIEN?

- Sí
- Con las personas que confío

9. ¿NOTAS CUANDO OTRAS PERSONAS ESTÁN CONTENTAS? ¿Y ENFADADAS? ¿Y TRISTES? ¿Y TÚ QUÉ HACES?

- Sí
- El estado de ánimo de las personas que aprecias te influye y empatizas con ellos

10. CUANDO TIENES PROBLEMAS, ¿ACUDES A ALGUIEN? ¿A QUIÉN?

- Sí
- A las personas cercanas (novia, amigos, familia)

11. ¿TE GUSTA AYUDAR A OTRAS PERSONAS CUANDO LO NECESITAN?

- Sí

12. ¿QUÉ ES PARA TI QUE TE TRATEN MAL? ¿QUÉ SIENTES CUÁNDO LO HACEN? ¿QUÉ HACES?

- Que una persona se comporte conmigo diferente a cómo me comporto yo con él/ella. Desprecios, malas acciones, desconfianzas
- Prepotencia
- Analizar la situación y resolver los conflictos que pueda haber. Valorar si debo cambiar mi relación con esa persona

13. ¿ERES FELIZ? ¿QUÉ ES PARA TI SER FELIZ?

- Sí
- Levantarte todos los días con una sonrisa y ver feliz a la gente que quieres, intentar hacer bien todo lo que hago, conseguir mis objetivos y crecer como persona

14. ¿TE GUSTA MÁS ESTAR SOLO O CON GENTE?

- Depende

15. ¿CÓMO TE GUSTA MÁS HACER LAS COSAS, CON APOYO O SOLO/A?

- Según la situación. El apoyo siempre es positivo, pero creo que la autosuficiencia hace aprender más.

16. ¿TE SIENTES QUERIDO/A? ¿POR QUIÉN? ¿TE SIENTES RECHAZADO/A? ¿POR QUIÉN?

- Sí
- Por mi familia, mis amigos y mi pareja, que es mi mejor amiga
- No

17. CUANDO HAY UNA PELEA O DISCUSIÓN, ¿CÓMO TE SIENTES? ¿QUÉ HACES?

- Nunca es plato de buen gusto ver discusiones o peleas, pero son situaciones inevitables
- Intento ayudar a que las dos partes lleguen a un acuerdo, conocer las causas del conflicto para ayudar en lo posible